Série 5. FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX
N° 36.

DU TRAITEMENT DU TRACHOME

PAR

LE JEQUIRITY

ET LA CANTHARIDINE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 6 Août 1883

PAR

Aimé-German BERNARD

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Né à Ladern (Aude), le 18 janvier 1858

Examinateurs de la Thèse : MM BADAL, Président.
MORACHE, Professeur.
BOURSIER, GERVAIS KOYSIEWICZ } Agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

---

TOULOUSE
IMPRIMERIE VIALELLE & Cie, RUE TRIPIÈRE, 9
1883

MEIS ET AMICIS

A M. LE Dr TERSON

MÉDECIN OCULISTE, A TOULOUSE

Hommage de profonde reconnaissance.

A mon Président de Thèse

M. LE PROFESSEUR BADAL

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Sincère gratitude.

A M. LE Dr MATHIS

Médecin principal de première classe
Directeur du service de santé du 17e corps
Chevalier de Légion d'honneur
Commandeur de l'Ordre du Nichâm

Témoignage de reconnaissance.

A M. DES CILLEULS

SECRÉTAIRE DE LA FACULTÉ

A mes maîtres de l'Ecole de Toulouse

Série 5. FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX N° 36.

DU TRAITEMENT DU TRACHOME

PAR

LE JEQUIRITY

ET LA CANTHARIDINE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 6 Août 1883

PAR

Aimé-German BERNARD

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Né à Ladern (Aude), le 18 janvier 1858

Examinateurs de la Thèse : MM. BADAL, Président.
MORACHE, Professeur.
BOURSIER, GERVAIS KOYSIEWICZ } Agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

---

TOULOUSE
IMPRIMERIE VIALELLE & Cie, RUE TRIPIÈRE, 9
1883

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

M. DENUCÉ. . . . . Doyen.

PROFESSEURS

Anatomie.	MM.	BOUCHARD.
Physiologie.		ORÉ.
Physique		MERGET.
Chimie		MICÉ.
Histoire naturelle		GUILLAUD.
Pathologie générale		VERGELY.
Pathologie interne		DUPUY.
Pathologie externe.		AZAM.
Anatomie pathologique		COYNE.
Histiologie et anatomie générale		VIAULT.
Médecine opératoire		MASSE.
Pharmacie		FIGUIER.
Thérapeutique		DE FLEURY.
Hygiène		LAYET.
Médecine légale.		MORACHE.
Médecine expérimentale.		JOLYET.
Matière médicale.		PERRENS.
		PITRES.
Clinique médicale.		PICOT.
		DENUCÉ.
Clinique chirurgicale.		LANELONGUE.
Clinique obstétricale.		MOUSSOUS.
Clinique ophtalmologique		BADAL.

AGREGES EN EXERCICE

MM. ARNOZAN	MM. BOURSIER	MM. POINSOT
RONDOT	LEFOUR	TESTUT
LANDE	DUDON	CARLES
SOLLES	DEMONS	PÉRIER
ARMAINGAUD	GERVAIS-KOYSIEWICZ	BLAREZ

MAITRES DE CONFERENCES

Physique	MM. BERGONIÉ.	Histoire naturelle . .	MM. PÉRIER.
Chimie	CARLES.	Accouchements. . . .	LEFOUR.

CLINIQUES ANNEXES

Clinique médicale des enfants.	MM. NÉGRIÉ
Clinique chirurgicale des enfants.	BITOT
Maladies vénériennes	VENOT
Maladies mentales	TAGUET

Le Secrétaire de la Faculté,

F. LAMBERT DES CILLEULS

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les thèses lui qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ; elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

AVANT-PROPOS

Pour peu qu'on ait suivi une clinique d'ophtalmologie, on aura été frappé par la démarche et l'air essentiellement malheureux d'une certaine catégorie de malades. Habituellement mal vêtus, ils s'avancent la tête baissée, la face contractée par la douleur, et les yeux à peu près constamment à demi-fermés. S'ils veulent ouvrir leurs paupières, et regarder la lumière sans obstacles, ils y réussissent à peine pour un moment et au prix des plus vives souffrances.

Ces pauvres malheureux courent de clinique en clinique, cherchant en vain la guérison. Ils trouvent parfois une amélioration passagère qui est suivie d'une rechute plus douloureuse encore, et ils finissent, pour la plupart, par devenir absolument aveugles.

Nous voulons parler des granuleux.

Le grand nombre des médications employées pour le traitement de ces malades, tout en prouvant la sollicitude des ophtalmologistes pour eux, fait voir leur impuissance à les guérir.

Depuis bientôt une année, on emploie, en France et à

l'étranger, une médication qui, par ses effets constatés jusqu'à ce jour, fait espérer une révolution heureuse dans le traitement des granuleux.

Le *jequirity*, connu actuellement par tous les praticiens, et expérimenté par un certain nombre d'entre eux, est le précieux médicament qui nous promet ce résultat.

Le premier qui ait, en Europe, parlé de ce remède, M. de Wecker, a indiqué une ligne de conduite bien nette que quelques-uns ont cru devoir modifier à leur manière ; aussi ont-ils eu des effets tout autres que ceux annoncés par le savant ophtalmologiste de Paris. Nous avons été plus heureux ; le *jequirity* a, en effet, donné entre les mains de M. le Dr Terson, de Toulouse, notre maître en ophtalmologie, des résultats absolument favorables.

Nous avons suivi avec la plus grande attention l'emploi du remède, nous l'avons nous-même appliqué plusieurs fois sous les yeux du maître : nous pouvons donc, en connaissance de cause, parler de sa valeur et de son heureux effet, qui pour nous est incontestable.

Il nous a paru utile de faire précéder nos observations sur le *jequirity* de quelques pages consacrées à l'étiologie et au diagnostic des granulations. Quelques mots, sur l'anatomie microscopique de la conjonctive, que nous placerons avant notre description, nous serviront à bien fixer nos idées sur l'affection à l'étude.

Avant de terminer cet avant-propos, qu'il nous soit permis de remercier publiquement M. le Dr Terson, qui, depuis près de quatre années, nous prodigue ses excellents conseils, et nous a donné l'occasion de beaucoup aimer les études ophtalmologiques et d'en apprécier un peu la grande valeur. Aussi c'est à lui le premier que nous désirons offrir ce

modeste travail comme un faible hommage de notre profonde reconnaissance.

Que M. le professeur Badal, qui a bien voulu accepter la présidence de notre thèse, nous permette de l'en remercier ici. Nous avons eu la bonne fortune de suivre ses leçons pendant peu de temps, il est vrai, assez cependant pour avoir le droit de regretter de ne les avoir pu suivre d'une manière plus assidue.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549628_0062

Principaux éléments anatomiques de la conjonctive.

Le travail que nous nous sommes imposé ne nécessite pas une étude complète de l'anatomie de la conjonctive.

Nous devons parler de la disposition des diverses couches de cette muqueuse qui sont le siège de la granulation, et nous appesantir un peu sur les papilles et les follicules lymphatiques qui, par leur hypertrophie, produisent un état pathologique que l'on a souvent confondu avec la vraie granulation. Cette étude nous aidera à faire le diagnostic différentiel entre ces deux affections.

Comme toutes les muqueuses, la conjonctive est formée de trois couches : *épithélium, membrane propre* et *tissu sous-muqueux lâche.*

1° L'*épithélium* (1) de la portion palpébrale de la conjonctive et celui du cul-de-sac conjonctival sont constitués d'une façon à peu près pareille : une couche superficielle de cellules cylindroïdes recouvre une couche de cellules arrondies ou rendues polyédriques par pression réciproque ; quelques-unes des cellules cylindriques de la superficie envoient des prolongements dans les couches épithéliales sous-jacentes, prolongements ramifiés et anastamosés.

L'épithélium de la portion bulbaire ressemble à celui du

(1) Nous empruntons tous les détails histologiques à Sappey, Krause, Valdeyer, Nuel, Kleinschmidt, etc.

cul-de-sac en arrière, et change de plus en plus pour devenir pavimenteux stratifié sur la cornée transparente.

2° La *membrane propre de la conjonctive* est formée dans la portion palpébrale par du tissu « adénoïde » de Wirchow. On y trouve un stroma de fibres anastomosées, à mailles très fines, portant fréquemment des noyaux aux points d'anastomose : presque pas de fibres élastiques.

Dans le cul-de-sac, le tissu propre de la conjonctive, moins dense que dans la portion palpébrale, contient beaucoup de fibres élastiques.

Le tissu propre de la portion bulbaire ressemble, à peu de chose près, à celui du cul-de-sac.

3° Le *tissu sous-muqueux* fait complètement défaut dans la portion tarsienne de la conjonctive, dont le tissu propre est intimement uni au tarse par un stratum de tissu conjonctif fibrillaire à fibres parallèles.

Mais, dans le cul-de-sac, ce tissu sous-muqueux lâche est très développé et contient, comme le tissu propre, beaucoup de fibres élastiques.

Dans la conjonctive bulbaire, le tissu sous-conjonctival est aussi développé que dans le cul-de-sac.

Glandes. — Parmi les glandes de la conjonctive, les plus importantes à connaître pour nous sont les glandes de *Krause* ou glandes *acino-tubuleuses*, si bien décrites par Sappey. On les rencontre dans le tissu sous-conjonctival du cul-de-sac et dans ses environs, mais de préférence du côté interne (nasal). Elles sont plus nombreuses à la paupière supérieure qu'à l'inférieure ; Krause et Kleinschmidt en ont compté une fois 42 en haut et de 6 à 8 en bas.

Citons aussi des *glandes tubuleuses*, tubes creux plus ou moins ramifiés, qui se trouvent en grand nombre à côté des

plis conjonctivaux, et débouchent au fond des sillons, circonstance qui les a fait confondre avec les sillons eux-mêmes.

Follicules lymphatiques. — Les mailles du tissu adénoïde, qui constitue le tissu propre de la conjonctive, sont remplies par des amas de cellules arrondies (corpuscules lymphoïdes), tout à fait comme dans le tissu adénoïde de la muqueuse intestinale.

Krause, Kleinschmidt, Ciaccio, Henle ont décrit, dans la portion orbitaire et dans le cul-de-sac, de véritables follicules lymphatiques analogues aux follicules solitaires et aux plaques de Peyer de l'intestin. Pour Krause, ces follicules sont des productions normales ; pour Sœmisch, Schmidt, ce sont des productions pathologiques.

Pour d'autres auteurs, tels que Waldeyer, les follicules lymphathiques n'existent pas à l'état normal, et ce que l'on a pris pour des follicules à l'état pathologique, sont des amas lymphoïdes produits dans des endroits circonscrits de la conjonctive.

Quoi qu'il en soit, il ne nous paraît pas téméraire de nous ranger à l'opinion de Krause, Ciaccio, Henle, car cette opinion nous explique tout naturellement un état pathologique de la conjonctive connu sous le nom de conjonctivite folliculaire.

Papilles. — Les papilles conjonctivales, analogues à celles du derme, ont été bien décrites par Reich. Il a montré, dans des coupes faites sur le plat de la conjonctive, les sections transversales de ces papilles, bordées par le revêtement épithélial, et renfermant des vaisseaux sanguins.

Au voisinage du bord palpébral libre, ces papilles sont peu saillantes, et les sillons qui les séparent sont à peu près

entièrement remplis par le revêtement épithélial; de telle sorte que la surface de la conjonctive est tout à fait lisse en ce point. Sur le reste de la conjonctive tarsienne, au contraire, la surface conjonctivale est plus rugueuse.

Krause a récemment démontré l'existence de ces papilles vasculaires près du bord ciliaire.

Dans la conjonctive bulbaire elles sont très courtes et ressemblent à des crêtes vasculaires que le tissu propre de la conjonctive envoie comme un coin dans l'épithélium.

Du Trachome conjonctival

Notre but, dans cette étude rapide, est de bien différencier la véritable granulation des affections de la conjonctive avec lesquelles on la confond trop souvent, et de donner en même temps un aperçu des dernières recherches dont la granulation a été l'objet.

Le *Traité d'ophtalmologie* de M de Wecker et l'article magistral de M. Warlomont sur l'ophtalmie, publié dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, sont les sources où nous avons puisé largement pour notre petit résumé. Ces deux savants auteurs sont assez riches pour qu'ils nous permettent de leur emprunter leurs idées, et assez recommandables pour que nous puissions les suivre sans crainte d'être accusés d'hérésie.

Etiologie. — « Le trachome est un produit néoplasique

naissant de toutes pièces dans l'épaisseur du tissu conjonctival, ou transformant en tissu néoplasique certains éléments normaux de la conjonctive et spécialement les corpuscules lymphoïdes. » (Warlomont) (1).

Les doctrines nouvelles sur l'action des parasites dans les maladies doivent ici trouver une application.

Soupçonné depuis déjà quelques années, le microbe du trachome a fait l'objet d'un travail présenté et lu par M. Sattler à la société ophtalmologique de Heidelberg, session 1881, séance du 18 septembre.

Dans ce travail, M. Sattler décrit longuement les micro-organismes du trachome; d'après lui, leur arrangement diffère des micro-organismes de même espèce; au lieu d'une disposition en chaîne on a une disposition en triangle ou en rectangle; à chaque angle se trouve un micrococcus, et ces groupes exécutent des mouvements très rapides.

L'auteur a transmis le trachome à l'homme en inoculant le produit d'une culture de ces microbes déjà deux fois transportés dans un liquide stérilisé.

Le véritable point de séjour et d'éclosion du microbe est localisé dans le tissu conjonctif lui-même.

Les conclusions du mémoire de M. Sattler sont les suivantes :

1° Le micrococcus de la sécrétion conjonctivale fait partie constante de la granulation trachomateuse;

2° On peut cultiver, développer le micro-organisme dans des liquides nourriciers appropriés;

3° On peut avec ces derniers reproduire la maladie.

Il y a donc un parasite particulier dans le trachome et,

1) Art. Ophtalmie, *Dict. Dechambre*, t. XV, p. 727.

cultivé d'une certaine manière, ce parasite reproduit la maladie qu'il caractérise. De ce fait, il est facile d'induire que le trachome est une maladie essentiellement contagieuse, qu'elle ne peut naître d'emblée et que les causes, invoquées jusqu'ici par presque tous les auteurs comme la produisant, ne sont que des causes prédisposantes, préparant le terrain sur lequel doit évoluer le microbe.

Il ne faut jamais oublier en effet, comme le disait naguère M. Debove (fin mai 1883) (1) dans une leçon clinique à l'hôpital de la Pitié, à propos de la tuberculose, que dans le développement d'une maladie parasitaire quelle qu'elle soit, il y a toujours deux termes que l'on ne peut séparer l'un de l'autre ; il y a d'une part, le parasite, organe essentiel de la contagion, et d'autre part, le terrain sur lequel il vient se greffer. Sans parasite, pas de trachome, cela est certain ; mais il peut se faire que ce parasite ne se développe pas lorsqu'il tombe sur un milieu de culture défavorable.

Le trachome ne se développe donc pas spontanément et, en interrogeant avec attention son malade, on peut arriver parfois à son origine.

M. Stœber, dans une lettre adressée à M. Hairion, cite un fait fort intéressant qui, d'après lui, explique l'importation du trachome à Strasbourg.

« Avant la fin de 1851, écrit M. Stœber, je n'avais jamais observé cette maladie à Strasbourg, et cependant je la connaissais très bien pour l'avoir observée en grand à Vienne, en 1827. Donc, dans une clientèle très nombreuse et pendant vingt-cinq ans, elle ne s'était pas montrée à l'hôpital,

(1) *Semaine médicale*, n° 25, 14 juin.

d'où, après s'y être enfin montrée, elle s'est étendue à la maison des orphelins, à des institutions d'enfants pauvres, aux parents des enfants renvoyés chez eux ; puis aux crèches ; et maintenant elle est endémique dans la population civile, tandis qu'on ne l'observe pas dans la garnison.

« Malheureusement, l'enfant qui l'a importée le premier à l'hôpital n'a pas été suivi ; on ne sait d'où il est venu, ni ce qu'il est devenu ; j'étais alors absent et l'on a omis de recueillir les renseignements nécessaires pour retrouver l'origine du mal.

« Ce qui est certain, c'est que, dans les premiers temps, pendant une année ou deux, tous les malades qui arrivaient à ma consultation à l'hôpital avaient contracté la maladie de leurs enfants ou de leurs frères ou sœurs, qui eux-mêmes avaient été soit à l'hôpital, soit dans un des établissements dans lesquels l'ophthalmie sévissait. »

Parmi les causes qui préparent le terrain favorable à l'évolution du parasite trachomateux, on doit citer les conditions fâcheuses d'hygiène, le séjour dans un air vicié, l'alimentation insuffisante, le manque de soins de propreté (1), toutes circonstances déplorables particulières aux pauvres ; aussi peut-on appeler cette affection une maladie de misère.

On doit ajouter à ces causes prédisposantes les conditions telluriques et surtout climatériques ; on sait en effet qu'à une certaine altitude les granulations disparaissent complètement. La Suisse, l'Auvergne n'ont pas de granuleux, et la Belgique, le vrai type des pays plats, en est infestée.

(1) Etude sur l'Ophtalmie granuleuse,, par M. Mathis méd, maj., in *Recueil de mém. de méd. mil.*, 1875, p. 452.

Peut-on invoquer, comme causes prédisposantes, les diathèses scrofuleuse ou tuberculeuse? MM. de Wecker et Warlomont ne le pensent pas ; on voit en effet, souvent, des sujets vigoureux, très bien portants, sans la moindre tare organique, atteints cependant par le trachome.

Anatomie pathologique du grain trachomateux. — Les granulations trachomateuses confirmées sont, au point de vue histologique, assez difficiles à décrire ; elles se développent en effet d'une manière irrégulière, lente ou rapide ; et, à côté d'une prolifération cellulaire, se rencontre déjà la cicatrisation.

En cherchant bien, on peut cependant énucléer un grain trachomateux, et, au microscope, on constate que la base de la granulation est essentiellement composée d'une trame de tissu cellulaire qui, venue du stroma conjonctival, diminue progressivement, à mesure qu'elle s'avance vers la surface de la granulation. A l'endroit où disparaît ce tissu cellulaire se voient des cellules qui augmentent de nombre à mesure qu'elles se rapprochent de la couche périphérique épithéliale ; près de cette couche épithéliale, ces cellules sont tellement tassées, qu'on ne distingue plus que quelques vaisseaux disséminés çà et là. Un ou plusieurs vaisseaux se détachent de la trame conjonctivale, pour se porter, en se ramifiant, près de la couche épithéliale (de Wecker).

Ces cellules arrondies, qui paraissent venir du stroma conjonctival, entassées sous l'épithélium, pourrraient aussi transsuder par diapédèse du réseau vasculaire de l'élevure, et de là, en s'accumulant de plus en plus, repousser le tissu cellulaire. Quoi qu'il en soit, à mesure que la granulation s'accroît, le nombre des cellules augmente, et les

éléments fibrillaires de la trame conjonctivale, qui s'élèvent de la granulation, disparaissent.

Si l'on examine la granulation à la période d'affaissement, on voit le tissu cellulaire augmenter, arriver jusque vers la couche épithéliale, et finir par occuper toute la granulation : « Il y a, comme le dit de Wecker, substitution « de tissu cellulaire avec amas de cellules rondes (lymphoïdes?), en d'autres termes, la granulation se transforme en tissu cicatriciel, elle se cicatrise. »

Symptômes et marche. — Nous avons dit, dans notre définition, que le trachome est une production néoplasique ; cette production a pour caractères :

1° De se produire toujours sous la forme chronique ;

2° De ne s'accompagner d'aucun produit de sécrétion qui lui soit propre ;

3° De ne se guérir qu'à la condition de laisser en son lieu et place un tissu cicatriciel, particulièrement rétractile et altérant foncièrement la muqueuse oculaire et sa fonction, *à moins qu'une poussée inflammatoire vigoureuse, telle qu'une attaque d'ophtalmie conjonctivale profonde n'en amène la résorption* (Warlomont).

Les premières atteintes du mal sont très souvent insidieuses ; la conjonctive du globe n'est pas rouge ; il y a bien le matin un peu d'occlusion des paupières produite par une légère sécrétion ; mais le malade, étant à peine incommodé, ne consulte pas le médecin, qui a rarement l'occasion d'étudier les symptômes de la première période. Dans les cas rares où l'on est appelé à examiner à ce moment la maladie, on trouve un très léger œdème, un aspect velouté de la conjonctive tarsienne, et, en regardant de bien près, on aperçoit souvent, vers le bord adhérent du tarse

supérieur, des groupes épars de petites saillies gris-jaunâtre arrondies.

L'apparition de ces saillies sur la conjonctive du tarse supérieur est tout à fait caractéristique ; leur production, en ce point de la conjonctive, est constante, et, en leur absence, on doit être très réservé sur le diagnostic de la granulation (de Wecker).

Un autre signe apparent, qui révèle la présence des granulations, est la vascularisation de la conjonctive bulbaire, envahissant d'abord la moitié supérieure de la cornée et, par ses arborisations, l'opacifiant, et produisant ce que l'on appelle un *pannus* ; ce caractère est un des plus saillants dans le mode d'évolution granuleuse.

A ce moment d'ailleurs, le malade se plaint de sensation de pesanteur, de brûlure, surtout le matin, et se décide à faire examiner ses yeux.

Le pannus se produit souvent de bonne heure ; parfois, lorsque les paupières sont lâches, il n'apparaît que tardivement, alors que déjà les granulations ont envahi la conjonctive bulbaire ; et les symptômes accusés préalablement par le malade sont si peu accentués, qu'on a de la peine à être renseigné par lui sur l'époque probable de l'invasion du mal.

La marche de la maladie n'est pas toujours aussi typique ; des poussées inflammatoires, avec développement papillaire et purulence plus ou moins marquée, peuvent tromper sur la véritable nature de l'affection.

On peut, préoccupé par les ulcères graves de la cornée, ne pas penser aux granulations, ou bien avoir affaire à plusieurs poussées successives modifiant leur marche régu-

lière. Tout autant de causes qui rendent obscurs les symptômes trachomateux.

Au point de vue clinique et pour la facilité de l'étude, on peut diviser comme de Wecker les granulations en *simples*, *mixtes* et *diffuses*, tout en rappelant que, seule, la granulation vraie mérite le nom de trachome, et que l'élément qui se joint à elle pour la rendre mixte ou diffuse est tout à fait étranger à la néoplasie.

1° Les *granulations simples* sont caractérisées par leur position vers le bord adhérent du tarse supérieur et les angles de l'œil, leur disposition en groupes grisâtres et l'absence de réaction inflammatoire. Lorsque cette réaction se produit, les granulations mixtes sont constituées.

2° Les *granulations mixtes* sont formées en partie par du tissu *néoplasique*, et en partie par les papilles gonflées. Si la réaction inflammatoire qui les a produites est très vive, l'infiltration de la muqueuse par le tissu morbide envahit les couches profondes ; alors se dessine la troisième forme des granulations.

3° *Granulations diffuses*. — Ici les granulations sont impossibles à différencier des papilles hypertrophiées ; papilles et granulations forment une série de rangées d'élévations avec des pédicules larges et une coloration gris-rougeâtre uniforme ; le microscope lui-même ne peut aider à distinguer les deux produits inflammatoires, car la granulation est arrivée à cette période où le tissu cellulaire la constitue uniquement.

Sous quelque aspect qu'elle se présente, la granulation est caractérisée par la phase *cicatricielle*. A mesure que les granulations se développent, se produit aussi la cicatrisation ; les granulations apparaissant d'abord sur le tarse

supérieur, le cul-de-sac et la conjonctive bulbaire de la même région, c'est là aussi que commencent à s'observer les premières traînées cicatricielles, qui peu à peu finissent, pour ainsi dire, par combler le cul-de-sac ; lorsque ces cicatrices sont fortes, elles entraînent une véritable déformation des paupières, surtout de la supérieure. Les tarses *s'atrophient* et *se ratatinent*. Cet état des tarses est produit par la disparition de l'infiltration lymphoïde qui a envahi le tissu sous-muqueux à la période d'état de l'affection. Les granulations s'affaissent alors et se cicatrisent, et c'est à ce moment que s'atrophient les tarses. En même temps que se produit ce ratatinement cartilagineux, les bords palpébraux s'incurvent en dedans et entraînent avec eux les cils, amenant des complications cornéennes graves.

Le dernier terme de la maladie est une disparition complète de la muqueuse, qui est remplacée par un tissu cicatriciel fortement rétracté, avec un dessèchement absolu du revêtement du globe de l'œil et des paupières déformées. Un xérosis très accusé et une transformation calleuse de la cornée terminent la scène.

Durée. — La durée et l'intensité des symptômes sont naturellement liées à la quantité de tissu néoplasique qui s'est formée dans la conjonctive. En raison de la variété infinie avec laquelle cette production a lieu, des différences dans sa localisation, des périodes d'apparition des granulations, il est très peu pratique de vouloir parler de degrés dans cette maladie si variable.

Pronostic. — Il est hors de doute que la plus légère production de granulations vraies dans la conjonctive implique, pour cette membrane, un pronostic fâcheux à l'égal, pour le poumon, d'une apparition minime mais avérée de

tubercules. L'analogie du tubercule et du grain trachomateux paraît actuellement évidente, étant données les dernières découvertes de Koch, Toussaint, sur le bacillus du tubercule, et de Haab, Neisser et Sattler sur le micrococcus de la granulation conjonctivale vraie.

Une légère poussée de granulations peut disparaître sans laisser de traces, mais elle devient une prédisposition (diathésique) qui ne s'accuse que trop souvent par des poussées ultérieures très fâcheuses pour l'existence des yeux. Des complications cornéennes, la propagation vers le tractus uvéal (glaucome) rendent surtout cette maladie dangereuse (de Wecker).

Le mal progresse jusqu'à ce qu'enfin, comme le disaient MM. Warlomont et Hairion en 1879 (1), il devienne incurable et confirme ce mot désespérant qui lui a été si justement appliqué : « Quand on a été une fois atteint de trachome vascularisé, on n'est jamais sûr d'être guéri. »

Diagnostic. — Il nous paraît plus utile de mettre, sous forme de tableau, les différences qui séparent les granulations vraies des autres saillies conjonctivales pouvant tromper le médecin, que de les décrire dans une série de paragraphes.

On peut confondre la granulation vraie ou trachome avec les hypertrophies papillaires et folliculaires. C'est avec ces deux affections que nous allons essayer de la bien distinguer.

(1) Rapport adressé le 9 avril 1879 à l'Administration. (*Dictionn. Dechambre*, t. XV, page 743).

TABLEAU SYNOPTIQUE

DU DIAGNOSTIC DES PSEUDO-GRANULATIONS ET DES GRANULATIONS VRAIES.

Les différences reposent sur la forme, l'emplacement, la couleur, la structure, la genèse, et la marche.

	TRACHOME	FOLLICULE	PAPILLE
FORME	1° La granulation est essentiellement arrondie ; elle fait saillie sur la surface de la conjonctive de façon que la base d'implantation ne dépasse jamais la hauteur de la granulation.	Pour le follicule, tout en proéminant sur la surface conjonctivale, la saillie se fait d'une manière moins abrupte, et affecte le plus souvent la forme ovalaire à long axe couché.	La papille, en s'hypertrophiant, s'allonge, la longueur dépassant la largeur.
	2° La granulation s'élève au-dessus de la conjonctive par une surface à pic, de manière qu'entre un certain nombre de ces néoplasmes entassés se trouvent des sillons profonds.	Les follicules, rangés en traînées linéaires, se succèdent de manière que entre deux follicules, la conjonctive ne forme qu'une dépression peu accusée.	Les papilles sont des villosités présentant entre elles de grandes inégalités de niveau.
	3° Les granulations peuvent acquérir des dimensions colossales.	Le follicule n'arrive jamais à être aussi volumineux que la granulation.	
COULEUR	La granulation offre une teinte gris-jaunâtre ou rosée, devient diaphane comme les follicules, lorsqu'elle acquiert un développement considérable ; mais cette diaphanéité ne va pas jusqu'à une transparence presque complète. La granulation conserve une teinte opaline bien plus tranchée.	Les follicules ont aussi une teinte gris-jaunâtre et gris-rosé, qu'elles conservent uniformément, et se colorent bien moins en rose ou en rouge que la granulation dans ses diverses phases de développement.	La richesse de vaisseaux, qui s'élèvent vers la surface de la papille hypertrophiée, lui communique une teinte carminée qui n'appartient ni au follicule ni à la granulation. Cette teinte peut être atténuée par l'épaississement épithélial et devenir grisâtre, mais elle n'acquiert jamais la diaphanéité propre à la granulation, encore moins au follicule.
EMPLACEMENT	Les granulations se développent par îlots, vers le bord libre des paupières, les commissures, et laissent souvent entre elles des parties saines.	Les follicules sont en rangées linéaires.	Les papilles occupent toute la surface des culs-de-sac et des tarses, sans intervalle de partie saine.
	Le siège de prédilection de la granulation est le tarse supérieur, le cul-de-sac et la conjonctive bulbaire de la même région ; parfois aussi elle envahit le revêtement cornéen.	Les follicules se trouvent de préférence dans le cul-de-sac inférieur et la conjonctive tarsienne inférieure ; l'hypertrophie n'occupe jamais le revêtement cornéen où il n'y a pas de follicules.	Les papilles hypertrophiées ne se trouvent jamais sur la conjonctive bulbaire et le revêtement cornéen, par la raison que là où il n'existe pas de papilles il ne peut y avoir hypertrophie papillaire.

	TRACHOME	FOLLICULE	PAPILLE
STRUCTURE	Le grain trachomateux n'est pas séparé du reste de la conjonctive par une enveloppe ; sa base est composée d'un stroma de tissu cellulaire qui, émanant du stroma conjonctival, va en diminuant vers sa surface. De plus, il a un micrococcus particulier.	Le follicule est séparé du reste de la conjonctive par une enveloppe.	La papille est constituée par un faisceau de tissu cellulaire en pinceau qui, entouré de vaisseaux, va jusqu'à la couche épithéliale, laissant, entre celle-ci et les traînées qui le forment, une petite quantité d'éléments lymphoïdes. Les éléments histologiques sont les mêmes que ceux du trachome, mais leur arrangement diffère.
GENÈSE	La granulation reconnaît pour cause un principe contagieux spécifique (microbe) ; et n'est jamais le produit de l'inflammation.	L'hypertrophie du follicule est toujours le résultat d'un processus inflammatoire.	L'hypertrophie papillaire reconnaît la même origine que l'hypertrophie folliculaire.
MARCHE et TERMINAISON	Le trachome est une affection essentiellement chronique. Il a une grande tendance à reparaître, même après avoir été complètement guéri, du moins en apparence. La granulation laisse toujours des traces profondes et indélébiles dans la conjonctive. Le trachome se résorbe et est remplacé par une cicatrice.	L'hypertrophie folliculaire a une marche essentiellement aiguë. Une fois guérie cette affection n'a pas de tendance à reparaître. Elle ne laisse, après guérison, aucune trace dans la conjonctive. Les follicules hypertrophiés disparaissent par résolution.	Tout ce qui est dit de l'hypertrophie du follicule peut se dire de l'hypertrophie papillaire.

Traitement. — Le microbe est l'agent actif de la maladie, mais il faut un terrain favorable pour qu'il se développe ; ce terrain est préparé par les causes dépressives que nous avons indiquées dans notre étiologie. Le trachome étant une maladie des pauvres, il faudrait améliorer le sort des pauvres pour les préserver de cette affection ; cette question est une de celles qui doivent le plus intéresser l'hygiéniste et le législateur, et nous ne pouvons que mêler notre faible voix à celle des savants illustres qui s'occupent continuelle-

ment d'arriver à cette amélioration, si désirable à tous les points de vue.

L'expérience a démontré que le trachome ne disparaît jamais qu'à la condition d'un certain degré de vascularisation et de purulence de la muqueuse. C'est à obtenir ce résultat que doivent tendre tous les efforts. Toutes les médications employées jusqu'ici n'ont pas eu d'autre but: le nitrate d'argent est un bon médicament dans les cas de granulations s'accompagnant d'un certain degré de purulence ; le sulfate de cuivre est d'un usage en quelque sorte classique dans les granulations sèches ; ses effets sont excellents ; mais son emploi étant douloureux, beaucoup de médecins lui préfèrent le sous-acétate de plomb liquide, qui est contre-indiqué lorsque la cornée présente des ulcérations.

Dans les cas où la tendance à une réaction inflammatoire est peu prononcée, il reste deux moyens capables de ranimer la vascularisation ; ce sont : 1° l'application de l'eau chaude sous forme de compresses, et 2° l'inoculation d'une ophtalmie purulente, recommandée par Fr. Jaeger et Piringer.

Ce dernier moyen est excellent, mais il a malheureusement le grand inconvénient de ne pas permettre de limiter l'inflammation qu'on veut produire.

En résumé, les premiers médicaments dont nous avons parlé ci-dessus sont indiqués dans un bon nombre de cas, mais ils réclament une longue assiduité dans leur emploi, et l'inoculation d'une ophtalmie purulente, tout en étant un excellent moyen, expose à de graves dangers.

Un remède qui aurait les avantages de l'inoculation sans en avoir les inconvénients, et dont on pourrait diriger l'action, serait certainement de beaucoup préférable.

Le jequirity réunit-il ces conditions ? nous le croyons et nous allons essayer de le démontrer dans le chapitre suivant.

DU JEQUIRITY

HISTORIQUE DE LA QUESTION

« (1) Depuis des siècles on se sert, à l'intérieur du Brésil, de l'infusion des graines de la liane à réglisse, ou jequirity (suivant la désignation communément employée au Brésil), pour le traitement des ophtalmies, et ce moyen jouit parmi le peuple d'une très-grande vogue. La liane à réglisse (*abrus precatorius*) appartient à la famille des légumineuses. C'est un arbrisseau de l'Afrique et de l'Asie tropicale transplanté en Amérique. Les graines, rouge-corail, à hile noir, très luisantes et très dures, servent à faire des chapelets et des colliers que l'on vend beaucoup en Orient.

« Un produit cristallisé, que la maison Rigaud avait fait extraire des graines de la liane à réglisse, fut tout d'abord essayé en instillations et en injections sous-cutanées, à la clinique du docteur de Wecker, mais sans qu'on pût observer aucune action particulière. C'est alors qu'on se servit de ces graines suivant la recette populaire, à la façon usitée au Brésil, c'est-à-dire en faisant une faible infusion à froid des graines préalablement réduites en poudre. On arrive alors promptement à constater l'action suivante :

« 1° Appliquée en lotions, cette infusion détermine rapidement une ophtalmie purulente d'aspect croupal, dont on

(1) Comptes-rendus des séances de l'Académie des sciences, n° 6, p. 299.

peut doser, jusqu'à un certain point, l'intensité suivant le nombre des lotions faites ;

« 2° Cette purulence se produit avec une promptitude égale à celle des inoculations provoquées avec le pus d'une ophtalmie purulente ou d'une blennorrhagie. Elle peut être poussée, par un emploi prolongé des lotions, jusqu'à une intensité presque égale à celle d'une ophtalmie inoculée ;

« 3° L'ophtalmie factice produite par les lotions avec l'infusion des graines de la liane à réglisse se dissipe, dans l'espace de dix à quinze jours, sans aucune intervention thérapeutique, et paraît ne laisser courir aucun danger à la cornée, même lorsque celle-ci se trouve être le siège d'une ulcération antérieure.

« Cette faculté particulière qu'offrent ces graines de provoquer une ophtalmie factice fort intense, mais de courte durée, pourra être très avantageusement utilisée en thérapeutique oculaire, pour le traitement des granulations, du pannus, de la diphthérie conjonctivale, etc. Ce moyen est appelé à remplacer avec grand profit les inoculations, qui présentent toujours un certain danger. Ce pouvoir de provoquer une inflammation substituée, d'un dosage assez facile, pourra aussi être utilisée dans le traitement des maladies d'autres muqueuses, et la réputation des feuilles de la liane à réglisse dans la toux croupale est depuis longtemps établie chez certaines peuplades de l'Orient.»

Telle est la note de M. Wecker, présentée par M. Wurtz à la séance du 7 août de l'Académie des sciences.

En même temps qu'il faisait présenter cette note, M. de Wecker écrivait dans les *Annales d'oculistique* (1) un arti-

(1) *Annales d'oculist.*, juillet-août 1882, p. 24

cle où il expliquait un peu plus longuement le mode d'action du jequirity, et comment il avait été amené à l'employer contre les granulations.

Un de ses clients, affligé de granulations avec de fortes opacités cornéennes à gauche, fut arrêté, dans un voyage qu'il faisait au Brésil, par une poussée trachomateuse très-intense ; presque aveugle et décidé à tout, dit-il lui-même, il se laissa traiter par le jequirity, employé empiriquement dans ce pays contre les granulations. Guéri complètement, il se renseigna sur la manière de préparer le précieux remède, et s'empressa d'en informer longuement M. de Wecker.

La formule indiquée par le correspondant du célèbre oculiste était ainsi conçue : « Faire triturer 32 graines bien pulvérisées, et macérer le produit dans 500 gr. d'eau froide pendant 24 heures, puis ajouter, le jour suivant, 500 gr. d'eau chaude, filtrer après refroidissement.

« Le malade pourra aussitôt s'en servir pour se baigner les yeux trois fois dans la journée, continuer le lendemain jusqu'à trois jours de suite, afin d'obtenir un degré de purulence très intense.»

Cette formule fut employée par M. de Wecker, concurremment avec une solution plus forte à deux pour cent, la première n'était qu'à trois pour mille : en outre, il fut recommandé de bien surveiller soi-même les lotions et de les faire sur les paupières renversées pour que le contact du remède avec le mal fût plus immédiat.

Les résultats obtenus de la sorte par M. de Wecker l'amenèrent aux conclusions rapportées dans sa note à l'Académie des sciences, et un grand nombre d'ophtalmologistes de l'Europe mirent en usage un remède qui promettait une guérison aussi rapide.

Sorti de la clinique de la rue du Cherche-Midi, le jequirity ne pouvait qu'arriver à la fortune, et bientôt ont été publiés en France, en Belgique, la terre classique des granulations, en Espagne, en Italie, etc., des travaux sur l'emploi de ce remède.

Suivant l'expérimentateur et la contrée, il a produit des effets bien différents. Entre les mains de tel oculiste recommandable, il n'a pas provoqué la purulence, que M. de Wecker annonce comme ne devant jamais faire défaut ; entre les mains de tel autre, il y a eu purulence, mais pas de guérison ; pour quelques-uns, il y a même eu aggravation des symptômes antérieurs. Après un examen attentif de presque toutes les publications traitant de la liane à réglisse, il ne nous a pas été difficile de nous expliquer cette inégalité dans les conclusions, et nous la rattachons à plusieurs causes dont les principales sont :

1° Erreur de diagnostic ;

2° Mauvais emploi du remède ;

3° Doses, application, durée de l'application autres que celles recommandées par de Wecker.

A la clinique de notre excellent maître M. Terson, le jequirity a été employé à peu près en même temps qu'à la clinique du savant ophtalmologiste de Paris ; ce dernier, son ancien maître et son ami, lui fit part, en août 1882, de la précieuse découverte qu'il venait de faire et lui donna une provision de graines de l'*abrus precatorius*, avec prière d'en essayer l'emploi sur ses malades. C'est la relation exacte de cette expérimentation, que nous avons suivie pas à pas jusqu'à ce jour, qui fait l'objet de notre travail, et qui montrera, nous l'espérons, que le jugement porté plus haut

sur les résultats contradictoires des autres expérimentateurs est basé sur des preuves certaines.

Disons un mot des principaux travaux publiés sur la matière.

Le 30 septembre 1882 (1), M. le Dr Moura-Brazil, de Rio-de-Janeiro, bien placé pour connaître la valeur du jequirity, écrivait qu'il en avait obtenu d'excellents effets contre les granulations, et, à la même époque (2), M. de Wecker, ancien maître du Dr Moura-Brazil, venait confirmer, dans les *Annales d'oculistique*, ce qu'il en avait dit en août, en donnant quelques indications sur l'emploi du jequirity.

Deux mois plus tard, à la séance du 13 décembre 1882 de la Société de chirurgie (3), M. Terrier faisait un rapport sur un travail de M. José Cardozo de Rio-de Janeiro, ayant trait au même sujet. M. Cardozo vantait les bons effets du remède dont M. Terrier, à cette époque, n'admettait pas l'utilité, attribuant d'ailleurs les insuccès obtenus par lui au mode d'emploi recommandé en France.

Par contre, M. Terson tenant la promesse qu'il avait faite à M. de Wecker, lisait presque le même jour (11 décembre) à la Société de médecine de Toulouse un mémoire sur ce moyen thérapeutique, et en démontrait les avantages par des observations prises dans sa clinique.

Aux excellents résultats rapportés par M. Terson à Toulouse, se joignaient quatre succès obtenus au moyen du jequirity, par M. le docteur Ponti de Parme qui en faisait part, le 15 février dernier, au docteur Moyne Giuseppe.

(1) *Ann. d'ocul.*, nov.-déc. 1882, p. 201 à 215.
(2) *Ann. d'ocul.*, 1882, nov.-déc., p. 215.
(3) *Progrès médical*, 16 décembre 1882, p. 995.

En Espagne, au contraire, le docteur Osio présentait à l'Académie chirurgicale de Madrid, le 23 février, trois malades traités par la graine de la liane à réglisse, et chez lesquels s'étaient produits des accidents très graves.

Quelque temps après, les docteurs Carlo Lainati et Nicolini Téodoro, de Milan, rapportaient trente cas de granuleux traités par le nouveau remède; ces trente cas étaient absolument défavorables à son emploi.

Que penser après cela des résultats publiés par le docteur Mazza dans les *Annali de Quaglino* et obtenus sur trente malades traités par le jequirity? cet expérimentateur a toujours provoqué de la purulence et n'a jamais eu d'accidents. Les trente observations se classent en cinq succès complets dans les plus mauvais cas, cinq incomplets et vingt insignifiants.

Que dire surtout de l'expérimentation du docteur Alcon, qui écrivait, en mars 1883, que, sur trente-neuf malades traités (1), il avait eu dix-neuf guérisons, neuf améliorations, huit résultats nuls et un inconnu; trente-un de ces granuleux présentaient des complications panniformes de la cornée, deux avaient une conjonctivite folliculaire. Quelques-uns de ces malades, dit le docteur Alcon, qui, depuis plus d'un an ne pouvaient compter les doigts à un demi-mètre de distance, obtinrent au bout de vingt jours une acuité visuelle de 0,9. A côté de ces résultats n'a-t-on pas lieu de se demander comment M. Deneffe pouvait annoncer, le 31 mars dernier, à l'Académie de médecine de Belgique avoir obtenu des effets absolument impuissants et parfois désastreux?

(1) *Elgenio medico — Quirurgico* — Cité par *Revue générale* d'ophtalmologie. 1883. p. 261.

Depuis cette époque, le jequirity n'a pas cessé de passionner le monde médical. En effet, M. Tachard, médecin-major en Algérie, publiait tout récemment un travail (1), dans lequel il relatait neuf succès complets sur dix malades traités d'après les préceptes de de Wecker ; plus près de nous (3 juin), M. Dujardin, de Lille (2), publiait les résultats de son expérimentation lui ayant donné des demi-succès. Le 20 du même mois, M. Terrier présentait à la Société de chirurgie l'histoire de deux granuleux dont l'un avait été complétement guéri par le jequirity.

Enfin, comme couronnement de tous ces travaux sur la matière, M. de Wecker publiait, dans le dernier numéro des Annales d'oculistique (3), un article écrit de main de maître, sur l'emploi clinique du jequirity. Dans cet article il maintient énergiquement ses premières conclusions en les appuyant sur des faits personnels et sur l'expérimentation de savants ophtalmologistes, qui, tels que MM. Terson, Moura-Brazil, Ponti, de la Peña, Moyne, Goldzieher, Dujardin, Brailey, Brown, etc., aboutissent aux mêmes résultats.

Née d'hier, cette question du jequirity a, comme on le voit par ce rapide historique, donné lieu à beaucoup de controverses. A quoi tiennent les conclusions si opposées des auteurs qui s'en sont occupés ? M. Warlomont, il y a quelques mois (4), écrivait très judicieusement à notre avis : « Semblable désaccord doit avoir pour cause des différences, soit dans le choix des sujets, soit dans le *modus faciendi*.

(1) *Archives de médecine et de pharmacie militaire*, 1883, p. 145.
(2) *Journal des sciences médicales* de Lille, n° du 5 juin 1883.
(3) *Ann. d'ocul.* mai-juin 1883, p. 217.
(4) *Ann. d'ocul.* mars-avril 1883, p. 177.

Il faut, de toute évidence, que des expériences régulières soient instituées.

« *L'opinion demande à être éclairée.* »

Et oui, l'opinion demande à être éclairée ; car beaucoup d'expérimentateurs ont varié sur le mode d'emploi du remède ; on a voulu faire mieux que l'inventeur de la méthode, ou peut-être parfois a-t-on été peu circonspect dans le diagnostic avec une espérance secrète de ne pas réussir. Il nous paraît logique cependant, lorsqu'on emploie une médication nouvelle, de s'en servir avec toute la rigueur recommandée par son auteur, ne se préoccupant en cela que du bien à faire au malade.

Il va nous être facile de démontrer que certains des insuccès signalés auraient pu être évités.

M. de Wecker recommandait, dès le principe, la solution jequiritique à quatre pour mille, et un peu plus tard à deux pour cent ; il fallait continuer l'application du remède faite trois fois par jour jusqu'à la production d'une forte ophtalmie purulente, et ne l'employer que chez des malades atteints de granulations tout-à-fait chroniques, de trachome, en un mot.

Qu'est-il arrivé aux divers expérimentateurs malheureux ?

Le docteur Osio avait choisi des malades à fausses granulations avec état inflammatoire intense, première faute, et, deuxième non moins grande, après avoir essayé des instillations de la solution jequiritique, il s'était laissé aller à employer une pommade contenant un gramme de jequirity pour trente gr. de vaseline. Résultat désastreux : sur ces trois malades, l'un eut une panophtalmie, l'autre une perforation étendue de la cornée, le troisième une opacification notable de cette membrane. Les Drs Carlo Lainati et Ni-

colini Teodoro, de Parme, n'ont pu que susciter une forme d'inflammation catharrale n'arrivant pas à présenter les caractères de la vraie conjonctivite purulente ; ce résultat ne peut tenir qu'à un vice de méthode particulier aux auteurs, car dans les cas qui nous sont personnels, nous avons toujours eu la vraie purulence qu'ils ont cherchée en vain.

M. Dujardin, de Lille, a espacé les lotions du remède, et n'a badigeonné les paupières qu'une ou deux fois par semaine ; il n'a obtenu de la sorte que des demi-résultats. Le degré de purulence établi étant faible, il n'est arrivé qu'à éclaircir des pannus cornéens, tout en laissant intactes, ou à peu près, les granulations, cause première de ces pannus. Aussi, pour lui, le jequirity est excellent contre la kératite granuleuse inflammatoire, et très peu utile dans la conjonctivite granuleuse.

M. Deneffe n'a pas eu un seul succès ; il nous dit que certains malades ont eu de véritables ophtalmies purulentes, tandis que d'autres ont été à peine influencés par ce remède, et que chez quelques-uns on n'a même pas vu se produire la moindre réaction inflammatoire. Pour lui, le jequirity est absolument impuissant et même dangereux.

Les résultats obtenus par cet auteur sont très surprenants ; il a, dit-il, employé les deux solutions recommandées et n'a pas remarqué avec la solution à 2 % cinq fois plus forte que la première, une différence dans l'effet produit. Il conclut, en s'appuyant sur le mémoire de M. Moura-Brazil, que les granulations hypertrophiques ou fausses granulations peuvent être influencées avantageusement par le jequirity, mais que le trachome en est aggravé.

Etonnante merveille que ce remède qui, en France et dans les autres contrées de l'Europe, ne guérit que le tra-

chome et qui, en Belgique, chez M. Deneffe, aggrave précisément ce même trachome ! Que penser de cela ? Ou que le trachome belge de M. Deneffe est un trachome spécial que l'*inoculation blennorrhagique seule peut guérir*, ou que le savant professeur se trompe étrangement sur la nature des granulations qu'il a essayé de traiter par la graine de l'*abrus precatorius*.

Mode d'emploi et action du jequirity.

A la clinique de M. Terson, on s'est d'abord servi d'une solution de graines non décortiquées avec moitié eau chaude au titre de 0,75 °/₀ ; plus tard, on a successivement employé des solutions de graines décortiquées, macérant uniquement dans l'eau froide, à raison de 1/2, 1, 1 1/2, 2 °/₀, et il nous a été donné d'observer des différences notables dans l'effet produit, suivant le titre de la solution employée. Quoi qu'il en soit du dosage du remède, voici quel a été le manuel opératoire constamment mis en pratique avec un égal succès à la clinique.

Premier temps : Il faut renverser complètement les paupières ensemble ou séparément ; faire saillir, autant que possible, les culs-de-sac, surtout le supérieur, et tenir les paupières bien fixées dans cette situation.

Deuxième temps : Il est très utile de se servir d'un pinceau de crin plus volumineux que ceux que l'on emploie habituellement, bien tassé et assez long ; tremper ce pinceau dans la solution de jequirity et le promener sur les conjonctives durant deux ou trois minutes. On répète trois fois

par jour cette opération à des moments régulièrement espacés ; ne cesser que lorsque on obtient la purulence désirable.

Nous avons préféré l'emploi du pinceau à celui d'une éponge recommandé par de Wecker, parce qu'il nous a été permis de constater que le remède s'étend ainsi uniformément sur la conjonctive entre les saillies granuleuses, et que le malade est moins désagréablement impressionné par le contact du pinceau ; en outre, ce dernier est plus facile à manier qu'une éponge, qui mouille constamment les doigts du médecin.

Dès la première application, le malade accuse quelques légères douleurs, les paupières se gonflent, la conjonctive bulbaire commence à s'hyperhémier, et déjà s'écoule un liquide séro-purulent.

Cet état s'accentue à la deuxième application. Après la troisième, très souvent, on a de la peine à retourner les paupières, tant elles sont œdématiées ; sur les conjonctives palpébrales est étendue uniformément une fausse membrane grisâtre d'aspect croupal, plus ou moins épaisse, suivant les sujets, et assez adhérente ; enlevée, les conjonctives saignent rarement. Cette fausse membrane arrive parfois jusqu'à la cornée, si l'inflammation a dépassé la moyenne.

L'écoulement séro-purulent est constant et les douleurs accusées sont souvent très vives.

Il faut habituellement de cinq à six applications pour arriver à ce résultat.

A ce moment le malade a de la fièvre, de l'inappétence, de l'insomnie, mais l'état général s'améliore au bout de deux ou trois jours, et, cinq jours après l'application, l'oph-

thalmie jequiritique marche d'elle-même très rapidement vers la guérison, qui est habituellement complète vers le dixième jour du traitement.

Parfois le malade est, à ce moment, complètement délivré de ses granulations ainsi que des complications cornéennes qui les accompagnent; assez souvent, toutefois, quoique l'amélioration soit très sensible, il est nécessaire de faire une deuxième série de badigeonnages quinze ou vingt jours au plus après la première, et même, pour parachever la guérison, une troisième série après un égal laps de temps. Il est de règle que ces trois séances guérissent le malade.

Mais tous les malades atteints de granulations ne sont pas aussi heureux, et c'est ici que le diagnostic préalable peut être d'un grand secours; il faut, autant que possible, bien savoir si on a affaire aux vraies granulations ou *trachome conjonctival,* ou bien aux fausses granulations mieux nommées *hypertrophies papillaires et folliculaires*. Le diagnostic n'est pas toujours facile et il est fort utile d'avoir des notions précises sur le trachome. Dans les cas d'hypertrophies papillaires que nous avons traitées expérimentalement par le jequirity, nous avons eu des complications; ces accidents n'ont pas été néanmoins bien graves.

A côté des hypertrophies papillaires bien nettes, que l'on ne doit point traiter par notre graine, doivent prendre place les cas que nous appellerons *mixtes ;* ici il existe quelquefois une réelle difficulté à poser le diagnostic; le degré de purulence nous paraît alors devoir être considéré comme une indication capitale pour repousser le remède si la suppuration est abondante, pour en tenter l'usage si elle est peu marquée.

Chez les malades à granulations hypertrophiques avec sécrétion très abondante, l'effet du jequirity a été bien rapide; il nous a semblé qu'alors il se produisait un chémosis intense et des lésions à la périphérie de la cornée, prenant une apparence assez fâcheuse pour nous faire suspendre immédiatement le remède, par suite de la résolution bien arrêtée à l'avance de ne faire courir au malade aucun danger sérieux. C'est cette considération, de laquelle nous ne nous sommes jamais départi dans le cours de notre expérimentation, qui est la cause de quelques insuccès, ou qui nous a mis dans l'obligation de renouveler l'emploi du remède après quinze jours.

Le jequirity a été parfois peu efficace chez les malades affectés depuis longtemps de larmoiement, tout en possédant le vrai trachome conjonctival ; cet écoulement continuel de larmes a paru nuire à l'action du remède qui, tout en produisant chez un de nos malades une très forte purulence, n'a pas occasionné la fausse membrane habituelle. Il ne faut pas rejeter néanmoins l'emploi du jequirity dans ces cas en apparence réfractaires, sans essayer d'un moyen qui nous a réussi en partie ; nous voulons parler de l'incision préalable des points lacrymaux, de l'opération de Stilling au besoin, suivie de quelques introductions d'une sonde de Bowman; de la sorte, on peut modifier suffisamment l'affection concomitante, et attaquer alors, avec succès, le trachome.

Les malades à pannus épais avec des conjonctives tomenteuses couvertes de granulations sèches ou à peu près, les vieux granuleux en un mot, sont ceux qui guérissent le mieux et le plus vite ; si un ulcère se creuse sur ces cornées opaques, il se vascularise, comme pour se défendre contre

l'action du jequirity, et, une fois l'ophtalmie disparue, la cornée s'éclaircit, les ulcères deviennent grisâtres et se réparent à vue d'œil.

A côté des excellents effets de la liane à réglisse sur les pannus et les ulcères des trachomateux, nous devons noter le résultat suivant : le jequirity, par la violente inflammation qu'il produit, amène une rétraction de la muqueuse qui, dans les cas où nous avons eu affaire à des conjonctivites très anciennes compliquées de léger ectropion des paupières inférieures, a été d'un grand secours. Deux observations de granuleux affligés de cette affection et guéris, par le jequirity, du renversement du bord de la paupière inférieure, en même temps que de leur trachome, ne nous laissent aucun doute à cet égard. — Il serait donc possible d'appliquer le nouveau remède à certains cas d'ectropions séniles incomplets, qui tendent à s'aggraver sans cesse par suite de l'épaississement et de la tran formation que subissent les conjonctives au contact de l'air.

Cet heureux effet sur le déplacement du bord palpébral en dehors, ne peut qu'être utile pour la suppression du larmoiement dont sont affectés, à un degré variable, un très grand nombre de granuleux que l'on traite d'ordinaire par la section des points lacrymaux inférieurs.

Une remarque que nous avons été amené à faire très souvent, c'est que le jequirity provoquait une ophtalmie bien plus intense et plus rapide, à dose égale, chez les sujets scrofuleux que chez les sujets d'une constitution ordinaire.

Il nous a été facile d'observer aussi que les premières préparations dans lesquelles les graines n'étaient pas décortiquées, et pour lesquelles on usait d'eau chaude, nécessi-

taient un plus grand nombre d'applications pour provoquer l'ophtalmie attendue ; que de plus, à mesure que nous augmentions le nombre des graines, que nous les *décortiquions* et que nous les faisions macérer dans l'eau froide, il suffisait de trois ou quatre lotions pour déterminer une ophtalmie purulente croupale très intense.

Actuellement, nous nous servons d'une solution à un pour cent, ce qui équivaut à douze graines décortiquées pour 100 grammes d'eau ; cette solution nous donne d'excellents résultats, en nécessitant peut-être quelques lotions de plus qu'avec une dose plus forte. Nous ne voyons pas la nécessité, malgré l'opinion autorisée de M. de Wecker, d'arriver à la dose de cinq pour cent, que nous réserverions absolument aux cas très rares où un pannus épais recouvre complètement la cornée, afin de produire un effet pareil à celui de l'inoculation blennorrhagique.

On décortique les graines à l'aide d'une pression modérée exercée sur elles. En les débarrassant de leur enveloppe, dit de Wecker, qui ne renferme aucun principe actif, non-seulement on augmente sensiblement, à égale quantité de poids, l'activité du médicament, mais encore on obtient ainsi une pulvérisation et une macération bien plus complètes.

Faites à froid, comme nous le disons plus haut, les macérations doivent être employées immédiatement après avoir été filtrées ; nous avons observé, en effet, que la solution perdait vite de sa valeur, et qu'on ne pouvait s'en servir au-delà de trois ou quatre jours ; avec les fortes chaleurs l'altération se fait plus vite qu'en hiver ; dans cet état, la solution exhale une forte odeur d'hydrogène sulfuré.

Action du jequirity. — Comment agit le jequirity ? est-ce

comme irritant substitutif d'une grande intensité, ainsi qu'on l'a dit, dans ces derniers temps pour l'inoculation blennorrhagique, en application de cette loi de thérapeutique générale « qu'une inflammation chronique cède souvent à une inflammation aiguë ». Ivanoff admettait, dans un travail présenté à la Société ophtalmologique de Heidelberg en 1878, l'action destructive du pus inoculé sur les glandes tubuleuses dont il faisait la caractéristique anatomique des granulations conjonctivales (1). Actuellement, les travaux immortels de Pasteur sur les organismes inférieurs, les recherches de Haab et Sattler sur les microbes de la conjonctivite granuleuse, permettent de donner une théorie, peut-être plus séduisante pour l'esprit, de l'action de ce moyen thérapeutique. Quand on étudie les infiniment petits, on s'aperçoit que, dans un même milieu, deux microbes différents ne peuvent vivre sans que l'un détruise l'autre. La loi commune est de dévorer ou d'être dévoré.

Le microbe de la conjonctivite granuleuse n'est plus à trouver, nous en avons parlé dès le commencement de ce travail, d'après le professeur Sattler ; c'est encore à lui que nous devons la découverte du microbe de la macération jequiritique, qu'il a recherché sur l'invitation de M. de Wecker. Ce dernier, dès le principe (2), avait émis, devant ses élèves, l'opinion que le jequirity devait agir par un élément végétal qui, en se développant abondamment sur la conjonctive, devait, disait-il, contrarier l'évolution de la granulation et aboutir à sa destruction.

Voici du reste la lettre que M. de Wecker a adressée sur

(1) *Annales d'oculistique*, mars-avril 1879.
(2) *Ann. d'ocul.*, nov.-déc. 1882, p. 215.

ce sujet à M. Pasteur (lue à la séance du 14 mai de l'Académie des sciences) (1) :

« Dans une note communiquée le 7 août 1882, j'ai signalé à l'Académie la propriété de l'infusion des graines de la liane à réglisse ou jequirity (*abrus precatorius*) de provoquer, lorsqu'on l'applique en lotions sur la conjonctive, une ophtalmie purulente de nature croupale. J'ai émis, à cette occasion, l'opinion qu'il s'agissait d'un ferment que renferme l'infusion de la liane à réglisse et que ce ferment continuait son action sur la conjonctive humaine.

« Sur mes instances, le professeur Sattler a recherché l'élément actif du jequirity, et il a trouvé que l'infusion de ces graines contient un bacille qui, mis au contact avec la conjonctive, pullule en abondance sur elle et dans les membranes croupales que les lotions provoquent. Notre confrère s'est livré à la culture de ce bacille et a prouvé qu'avec les seuls produits de ses cultures il arrivait également à provoquer l'ophtalmie jequiritique, tandis que l'infusion stérilisée (privée du bacille) n'exerçait plus aucune action sur la muqueuse.

« Ce fait me paraît d'une haute importance pour l'étude des maladies virulentes et représente le *premier exemple de transmission incontestable d'une maladie infectieuse par un végétal*. Il me reste à vous signaler que, lorsqu'on pousse ces inoculations des muqueuses très loin, on obtient une transmission aux glandes lymphatiques, avec suppuration et phénomènes érysipélateux, ainsi qu'un état fébrile prononcé. »

(1) *Comptes-rendus des séances de l'Académie des sciences*, sur l'ophtalmie purulente provoquée par l'infusion des graines de la liane à réglisse. Correspondance.

Le jequirity a donc son microbe tout comme l'ophtalmie purulente blennorrhagique, et ce que l'on peut dire touchant l'utilité de l'inoculation du pus de cette affection dans le traitement du trachome, doit se dire aussi de la liane à réglisse ; mais il est incontestable que celle-ci guérit les granuleux sans les exposer aux graves dangers de l'inoculation.

Pour l'emploi du pus blennorrhagique, 1° la cornée doit être protégée par un pannus total et suffisamment épais (*pannus sarcomateux*), pour qu'on ne puisse plus distinguer l'iris à l'éclairage oblique ; 2° ce pannus doit être binoculaire ; 3° il ne doit exister ni ulcérations ni staphylomes cornéens, ni xérosis conjonctival.

Les cas exceptionnels qui ont guéri, sans que l'on ait pris toutes ces précautions, ne sont pas très encourageants, car malgré toute la surveillance possible de la part du médecin, et toutes les précautions les plus minutieuses prises par un malade intelligent, les accidents les plus graves se produisent souvent.

Avec le jequirity. on peut attaquer les granulations conjonctivales sans qu'un pannus plus ou moins épais couvre la cornée. Il ne faut pas se préoccuper des ulcères de cette membrane qui guérissent fort bien au contraire. Inutile de craindre la contamination d'un œil sain par le pus de l'œil affecté d'ophthalmie jequiritique.

Le pus blennorrhagique ne peut être utile au malade que lorsqu'il est depuis longtemps complètement aveugle. Le jequirity peut très bien être employé dès le commencement de la maladie.

L'ophtalmie produite par l'inoculation purulente ne

guérit que grâce au traitement habituel de l'ophtalmie purulente, nitrate d'argent, etc.

L'ophtalmie jequiritique guérit vite et sans aucune intervention de la part du médecin, le malade se contente de laver ses yeux avec de l'eau, boratée au besoin, et souvent renouvelée.

Il ne peut d'ailleurs nous venir à l'idée de nier l'heureuse influence de l'inoculation purulente dans le trachome.

Mais les avantages du jequirity sont pour nous incontestables, et cette courte étude nous paraît le démontrer péremptoirement. Les observations que nous rapportons plus loin vont être pour nous les pièces probantes de ce que nous avançons. Toutes nous sont personnelles, et nous ne décrirons que ce que nous avons bien vu et bien observé. Dans un travail de ce genre, il nous semble absolument nécessaire, pour bien juger, de ne se fier qu'à soi-même, de la sorte on n'est pas influencé par les idées de ceux qui ont parlé sur la matière, et on n'est pas entraîné à accepter des opinions dont on ne peut souvent vérifier la source.

D'après les indications que nous avons données dans le courant de notre étude sur l'emploi du jequirity, il nous paraît avantageux de diviser nos observations en quatre séries :

La première, comprendra les malades affectés du véritable trachome ;

La deuxième, les cas d'hypertrophie papillaire ;

La troisième, les granuleux atteints de larmoiement ;

La quatrième, les trachomateux avec ectropion léger.

PREMIÈRE SÉRIE

OBS. I.

Mlle Céline Coubrés, 18 ans, vient de Perpignan, dans le commencement du mois de juillet 1882, à la clinique du Dr Terson ; d'un tempérament manifestement scrofuleux, elle déclare qu'elle souffre des yeux depuis quelques années.

A son entrée dans la clinique, nous constatons un pannus assez épais avec ectasie de la cornée, et des granulations anciennes et volumineuses à l'œil droit ; rien à l'œil gauche.

Durant quinze jours, on pratique, sur les paupières renversées, des cautérisations avec une solution de nitrate d'argent ; légère amélioration.

Mais, fin juillet, à cause du volume des granulations encombrant le cul-de-sac supérieur, et de l'impuissance du traitement, M. Terson se décide, contre ses habitudes, à faire l'excision d'un pli de la conjonctive, tout le long de la paupière, selon le procédé de Galezowski.

Après un amendement notable, favorisé par des scarifications et de nouveaux attouchements avec le nitrate d'argent, les accidents reparaissant, on pratique une iridectomie en haut pour modérer l'ectasie de la cornée.

Mais il persiste un certain degré d'irritation qui occasionne une récidive, pour laquelle la malade revient à la clinique : en présence de cet état, on expérimente la solution préparée à chaud de graines non décortiquées à 1/2 pour cent.

Cette application faite en neuf séances, fin septembre, provoque une ophtalmie des plus intenses, qui guérit au bout de quelques jours d'elle même.

La malade part très améliorée, le pannus s'éclaircit sensiblement.

Un mois plus tard, elle fait écrire par sa mère qu'elle est parfaitement guérie et que, depuis longtemps, elle n'avait pu ouvrir son œil comme elle le fait aujourd'hui.

Cette observation est fort intéressante à cause de la gra-

vité de l'état du sujet en expérience ; chez cette malade, en effet, tous les traitements rationnels avaient échoué et le jequirity a réussi à modifier rapidement une affection d'une gravité exceptionnelle et remontant à plusieurs années.

OBS. II

Vers la fin du mois de septembre, Mme B..., âgée de 32 ans, ayant contracté son mal en Algérie, où elle vit avec sa famille, vint consulter M. Terson.

Elle était atteinte de granulations aux deux yeux, sans complications d'ailleurs sur la cornée.

Fort affligée à la pensée de repartir non guérie, dans ce pays privilégié des ophtalmies, sachant bien que, de retour en Afrique, sa maladie recevrait une sérieuse aggravation, elle accepta le nouveau traitement qu'on lui proposa, sans lui cacher d'ailleurs les souffrances qui en accompagnaient l'emploi.

Une série de neuf applications du jequirity, solution 1/2 pour cent, amena, dans moins de trois semaines, une guérison à peu près parfaite.

Cette dame repartit pour l'Afrique en promettant d'écrire si la guérison ne persistait pas. Or elle n'a pas écrit depuis lors à ce sujet ; donc nous devons conclure de ce silence à la guérison complète.

OBS. III

Mlle Marie Frank, 16 ans, habite Roquetaillade près Limoux (Aude) ; tempérament complètement scrofuleux ; n'est pas menstruée.

Œil gauche, abcès central assez étendu de la cornée, granulations très fortes. Œil droit, granulations encore plus volumineuses qu'à gauche ; pannus sacomateux complet, très épais ; cornée absolument vascularisée, perforation large.

Depuis quelques mois, cette malade ne voit plus assez pour se diriger seule.

Le 21 novembre 1882, on fait une première série de badigeonnages avec la solution jequiritique à deux tiers pour cent. Cinq

applications suffisent pour provoquer une ophtalmie très violente.

Le 22 au soir, la cornée gauche se vascularise, le gonflement des paupières est très considérable et la malade accuse de vives douleurs.

24, même état, douleurs disparues, l'enduit couenneux de la conjonctive est très adhérent, l'état de la cornée reste menaçant.

27, l'ophtalmie provoquée est en très bonne voie de guérison; la cornée de l'œil droit commence à se dépouiller, celle de l'œil gauche se vascularise, la perforation n'est donc pas à craindre; la cornée est moins opaque; le gonflement des paupières a bien diminué; les quelques traces d'enduit couenneux qui restent sont enlevées avec une pince et font saigner la conjonctive.

La suppuration paraissait si intense sur la cornée droite dès le principe, qu'elle empêchait de voir dans quel état elle se trouvait, et faisait craindre que tout ne tombât en lambeaux.

Le 4 janvier 1883, la malade revient à la clinique, elle se conduit seule; la première série d'applications a été très favorable; on en décide une deuxième, avec une solution semblable à la première.

Après sept badigeonnages, l'ophtalmie est complète; l'œil droit est toujours couvert d'un pannus absolu.

Le 8, l'ophtalmie a bien diminué, les granulations se résorbent, l'œdème des paupières a disparu, la malade ouvre bien son œil gauche; l'œil droit est toujours dans le même état.

Le 12, la cornée gauche se déterge de plus en plus, l'ophtalmie guérit, les granulations sont toujours en voie de régression, la vue est meilleure qu'avant le 4 janvier; à l'œil droit les granulations sont sensiblement affaissées.

Le 15, le travail de résorption continue, la vision s'améliore chaque jour; mais on fait rester la malade pour une troisième série d'applications.

Le 19, œil gauche, granulations à peu près disparues, la cornée est aussi dépouillée que possible; on aperçoit un peu d'iris à travers la cornée droite.

Trois badigeonnages sont faits ce jour-là avec la solution pré-

parée à froid de graines de jequirity décortiquées, à un pour cent, et suffisent pour provoquer une ophtalmie excessivement violente.

Le 22, la malade déclare avoir beaucoup souffert les 20 et 21 ; les douleurs ont toutefois diminué, la fausse membrane existe dans les culs-de-sac, la cornée gauche est redevenue un peu terne, mais la vascularisation périphérique la protège. Les granulations sont un peu tuméfiées.

Le 24, la cornée gauche est bien vascularisée.

Le 2 mars, la malade, qui était rentrée dans son pays, revient voir M. Terson : les granulations ont disparu, la vision est très bonne à gauche. L'œil droit est débarrassé de son pannus, on commence à espérer la possibilité d'une iridectomie pour cet œil que nous avions cru perdu sans ressources.

Revue tout récemment, la malade est entièrement guérie.

C'est le cas le plus remarquable qu'il nous ait été donné d'observer, vu le terrain déplorable sur lequel s'étaient développées les granulations ; la lèvre supérieure et le nez de cette malade étaient le siège d'un gonflement considérable, indiquant son mauvais tempérament ; la menstruation n'était pas établie, et, d'après nos idées sur le développement du trachome, le microbe de cette affection trouvait là un champ de reproduction très favorable.

Comme le disait M. Terson dans son Mémoire (1), « cet exemple a été pour nous un puissant encouragement. Aucun autre traitement, ni local, ni général, n'aurait été capable d'amener un tel résultat dans un si court laps de temps. »

« Chez cette malade on a employé trois solutions jequiritiques différentes ; les deux premières plus faibles ont donné une ophtalmie violente après cinq à sept séances ; la dernière, plus forte 1 %, macération dans l'eau froide, a provoqué une réaction inflammatoire excessive après trois badigeonnages,

(1) Loc. cit.

avec des douleurs très fortes et une vascularisation considérable de la cornée. La différence des effets est manifeste et prouve qu'il est possible de doser à volonté le remède et d'en augmenter ou diminuer la force, suivant le résultat que l'on veut obtenir. C'est un avantage qu'il est bon de noter en passant pour montrer la supériorité du jequirity sur l'inoculation d'un virus animal.

OBS. IV.

Escudié, 38 ans, cultivateur, habite Saint-Alby, près Mazamet (Tarn); se présente à la clinique le 2 octobre 1882, avec des granulations anciennes à l'œil gauche sans lésions sur la cornée.

Une première série de neuf applications faites à cette époque avec la solution faible (1/2 0/0, graines non décortiquées dans eau chaude), procure une amélioration sensible qui engage M. Terson à faire une deuxième série de badigeonnages pour achever la résorption des granulations.

Les 21 et 22 novembre, quatre lotions sont faites; à la quatrième on a de la peine à retourner les paupières, le gonflement est considérable l'enduit d'apparence croupale est très adhérent à la conjonctive, l'ophtalmie est très forte. La cornée se vascularise et présente des érosions assez profondes en haut et en bas.

Le 25. L'ophtalmie est à ce moment à peu près guérie, les cornées s'éclaircissent, le malade part fort content.

Revu fin juin dernier, ce malade était complètement débarrassé de ses granulations.

Chez ce malade, le jequirity a provoqué quelques érosions cornéennes qui ont d'ailleurs guéri d'elles-mêmes, et, c'est une remarque générale à faire, que les trachomateux, sans complication sur la cornée, sont assez souvent atteints de ces érosions passagères après l'application de notre remède.

OBS. V

Danoy (Joseph), 48 ans, marin, à Saint-Laurent-de-la-Salanque (Pyrénées-Orientales), est atteint de granulations datant de deux ans et ayant résisté à tout traitement ; double pannus qui empêche le malade de se diriger seul facilement. — Sécrétion muco-purulente assez notable. Neuf applications de jequirity (solution à chaud 1/2 °/₀) sont faites fin septembre 1882.

L'amélioration semble tarder à se montrer. Le malade part huit jours après l'application du remède.

Trois semaines après, il écrit qu'il n'est point satisfait ; mais huit jours ne s'étaient pas écoulés qu'il écrit de nouveau en demandant quelques conseils et disant que son œil gauche est complètement guéri, et qu'il est disposé à laisser faire pour l'œil droit ce qu'on jugera nécessaire pour achever la guérison qui est en très bonne voie.

Le malade fait allusion, non plus à ses granulations qui sont guéries, mais au mauvais état de son œil par suite de strabisme convergent avec amblyopie très accentuée.

Comme conclusion, voici une lettre adressée le 11 juin dernier à M. Terson par le médecin de ce malade, M. le Dr Sanyas, de Saint-Laurent-de-la-Salanque ; ce médecin exerce dans un pays très voisin de l'Espagne et infesté de granuleux :

« Honoré confrère, j'ai l'honneur de vous envoyer une de mes clientes, atteinte de granulations palpébrales, d'origine scrofuleuse.

» Primitivement les deux yeux étaient recouverts d'un léger pannus qui a disparu sur l'un, quoique la cornée soit encore un peu trouble. L'autre empire chaque jour, malgré des cautérisations au nitrate d'argent et au sulfate de cuivre sur la paupière renversée, malgré des pommades au précipité jaune de mercure à toutes les doses.

» En désespoir de cause, je vous l'envoie, persuadé que *vous obtiendrez chez cette jeune fille le résultat* **merveilleux** *obtenu déjà chez un autre de mes clients, M. Danoy, marin, à Saint-Laurent-de-la-Salanque.*

» A propos de ce marin, je suis encore à me demander quel re-

mède vous avez bien pu employer. Il m'a bien parlé d'une graine que vous écrasiez dans un mortier, etc.; il m'a bien dit qu'il avait souffert d'une manière atroce, pendant quelques jours, que ses yeux étaient devenus gros comme le poing. Malgré toutes mes recherches, je n'ai pu arriver à savoir quel médicament vous aviez employé.

» Si vous vouliez bien me renseigner là-dessus, vous rendriez service à pas mal de pauvres gens, qui ne sont pas assez riches pour faire le voyage de Toulouse, et qui souffrent cruellement de granulations rebelles à tout traitement, disparaissant pendant quelques jours pour reparaître plus belles que jamais.

» Recevez, honoré confrère, etc. Dr Sanyas. »

La lettre qui termine notre observation est une preuve éclatante de l'efficacité du jequirity dans le traitement des granulations. Le correspondant de M. Terson voit beaucoup de granuleux, il est préoccupé de cette grave affection que tous ses soins ne parviennent point à guérir, et c'est de lui-même, ignorant absolument tout ce qui a été écrit jusqu'ici sur la question du jequirity, sans parti-pris, par conséquent, qu'il fait part de son admiration devant le merveilleux résultat obtenu par la précieuse graine, et qu'il demande instamment à posséder le secret du succès qui l'a tant étonné.

A côté de cet hommage rendu à la valeur du jequirity, la lettre du docteur Sanyas nous donne un autre enseignement. Le malade en observation est parti pour son pays dans un état peu satisfaisant, cet état dure encore trois semaines après son départ, après quoi il se reconnaît guéri ; il peut donc très bien arriver que la guérison des granulations par le jequirity soit obtenue, après une seule série d'applications, et qu'elle ne soit complète qu'un mois après. Le travail de résorption, chez certains sujets, doit être plus

lent, quoique sûr, et il ne faut donc pas s'empresser de conclure à l'insuccès par le fait qu'un malade n'aura pas été guéri, comme c'est la règle, quinze jours après l'application du remède. Il n'y a rien de mathématique en médecine, et il faut compter sur beaucoup d'irrégularités dans l'action d'un moyen thérapeutique, chaque individu la modifiant suivant son état particulier.

OBS. VI

Ajas Paul, 46 ans, postillon, boulevard de la Gare, à Toulouse, est atteint de granulations depuis trois ans; soigné à la clinique, de diverses manières, a été amélioré pour quelque temps.

Il revient à la clinique le 20 octobre 1882, et à ce moment, il raconte avoir été obligé de cesser son métier à cause du mauvais état de sa vue. Il peut à peine entr'ouvrir ses paupières, et se plaint de douleurs vives. Léger pannus, et ptérygion enflammé arrivant jusqu'au milieu de la pupille, à l'œil droit; conjonctive bulbaire fortement hyperhémiée, grosses granulations sur les conjonctives tarsiennes, très volumineuses dans les culs-de-sac.

Le nouveau remède appliqué chez ce malade avec la solution faible 1/2 °/₀ (gr. non décortiquées, dans eau chaude), provoque une très violente ophtalmie après douze badigeonnages (trois par jour).

Pendant la durée de l'application, les douleurs accusées par le malade ont été très vives, il a eu de la fièvre, de l'insomnie, une céphalalgie intense, les paupières ont été fortement œdématiées.

Le 30 octobre, cinq jours après la dernière lotion, le malade ouvre déjà bien les paupières; l'ophtalmie est en voie de résolution, et les granulations ont en partie disparu.

Le 6 novembre, les granulations sont à peu près résorbées, et le malade dit voir beaucoup mieux qu'avant l'application du jequirity.

9 mois après, le malade a été revu, il va aussi bien que possible, et il nous raconte qu'il a repris ses occupations depuis le 15 novembre 1882.

Ici nous avons poussé très loin l'application jequiritique, puisque nous ne l'avons cessée quaprès douze séances; et nous devons, croyons-nous, l'heureux résultat obtenu, précisément à la durée du traitement, malgré la faiblesse de la solution employée.

OBS. VII

Paul Jelart, 28 ans, habite Samatan. — Souffre des granulations depuis un an, pannus assez fort à l'œil droit.

Sept applications jequiritiques (1), sont faites les 20, 21 et 22 décembre 1882, elles ont provoqué une ophtalmie intense, avec enduit pseudo-membraneux très épais. Le pannus de l'œil droit est augmenté, et la cornée y est couverte d'érosions superficielles.

Comme traitement, soins de propreté, lavages fréquents.

Huit jours après, l'ophtalmie est à peu près guérie, le pannus s'éclaircit à vue d'œil, les érosions cornéennes sont à peine perceptibles.

Le malade part satisfait, nous lui recommandons de revenir dans deux ou trois semaines pour une deuxième application qui achèverait la résorption des granulations qui restent.

Le malade n'est pas revenu.

Ce sujet a-t-il été complètement guéri? Faut-il attribuer son silence à cela, ou bien à un insuccès? Nous croyons plutôt à la première hypothèse, car tous les malades que nous avons traités par le jequirity se sont trouvés si bien de ce remède, qu'ils nous ont quitté en nous remerciant de leur avoir procuré si vite un soulagement qu'ils n'avaient jamais obtenu par d'autres moyens, et la plupart nous ont demandé eux-mêmes de leur faire de nouvelles applications, si on les croyait nécessaires à leur complète guérison.

(1) Solution faible. 1/2 %.

OBS. VIII

Masse Jacques, 42 ans, paveur, à la Patte-d'Oie, Toulouse. Souffre depuis plus de trois ans de granulations palpébrales. Vient, le 4 janvier 1883, à la clinique ; pannus superficiel sur les deux cornées, grosses granulations dans les culs-de-sac.

Sept applications avec la solution faible de Jequirity, 1/2 °/₀, ont provoqué une fausse membrane très adhérente et une ophtalmie purulente assez violente.

Cette ophtalmie, guérie le 12 janvier, laisse voir les cornées bien éclaircies, et les granulations conjonctivales très diminuées ; l'amélioration est sensible.

Le malade n'est pas revenu.

OBS. IX

Balat Vincent, 39 ans, maître plâtrier, à Perpignan. Souffre des granulations depuis trois ans; a été, deux ans auparavant, traité chez M. Terson, avec une amélioration sensible, par le nitrate d'argent, le sulfate de cuivre, etc.

Le 4 janvier 1883, le malade se représente à la clinique avec une rechute; à ce moment, l'œil droit offre un pannus assez fort : et les deux yeux sont atteints d'une ulcération centrale, très étroite, mais très profonde, tapissée de pus et menaçant perforation.

Le jequirity, appliqué sept fois chez ce malade avec la solution 1/2 °/₀, suffit pour provoquer une ophtalmie très forte ; après la cinquième application, la cornée s'est vascularisée et le fond des ulcères a pris la teinte grisâtre des ulcères en voie de réparation.

On recommande le séjour dans une chambre obscure.

Le 12, l'ophtalmie est à peu près guérie, les ulcérations sont en très bonne voie de résorption, le pannus a à peu près disparu, et les granulations affaissées donnent déjà à la conjonctive un aspect lisse très rassurant.

Le 15, l'amélioration s'accentue davantage ; le malade part fort content.

Le 22 janvier, il revient à la clinique dans un état très satisfai-

sant, les ulcérations ont bien diminué de profondeur, les granulations sont presque entièrement résorbées.

Cependant on décide, pour achever complètement la guérison, de faire une nouvelle série d'applications jequiritiques; la solution employée est de 1 °/₀ de graines décortiquées macérant dans l'eau froide; deux badigeonnages ont suffi pour provoquer l'ophtalmie jequiritique; les cornées se vascularisent rapidement.

Douleurs violentes pendant deux ou trois jours, qui cèdent avec l'ophtalmie.

Le 16 février, le malade fait savoir qu'il va absolument bien.

Trois mois après, M. le Dr de Lamer, de Perpignan, qui avait autrefois soigné Balat sans succès, écrit pour demander où il pourrait bien se procurer les graines de jequirity, qui ont si bien guéri son ancien client.

Ici encore nous avons eu la bonne fortune d'un témoignage, aussi désintéressé qu'irrécusable, de la valeur thérapeutique de la graine de l'abrus precatorius.

M. de Lamer, qui a longtemps soigné notre malade, a été si émerveillé du résultat que nous avons obtenu, qu'il désire suivre notre exemple, afin d'être utile aux granuleux si nombreux dans les Pyrénées-Orientales. Rapprochée de la lettre du Dr Sanyas, celle de M. de Lamer ne contribue pas peu à nous encourager à continuer l'emploi du jequirity.

Chez ce malade, d'ailleurs d'un caractère très énergique, les souffrances très pénibles éprouvées, la violence extrême de l'inflammation produite par deux seules applications de la solution à un pour cent, nous ont engagé à modifier un peu la dose du remède, dans la pensée qu'il serait toujours facile d'obtenir le même résultat par des applications plus nombreuses.

OBS. X

Peyre-Vidal Jean, 28 ans, couvreur, à Toulouse. —Tempérament scrofuleux ; atteint de granulations depuis plusieurs années ; prétend les avoir contractées, durant son service militaire, à Fontenay-le-Comte (pays marécageux). Traité depuis plus de trois ans, à la clinique, par le nitrate d'argent, le cristal d'alun, de cuivre, etc., toujours à peu près sans amélioration durable, il présente aux deux yeux des taies nombreuses, restes d'abcès et d'ulcères, et de très fortes granulations sur les conjonctives palpébrales ; ouvre à peine ses paupières, et, à cause de son affection, ne peut travailler que par intermittences.

Le jequirity (solution a un pour cent de graines décortiquées) est appliqué le 15 janvier 1883. Deux applications ont suffi pour provoquer une très violente ophtalmie. — Chémosis complet ; fausse membrane épaisse arrivant jusqu'à la cornée ; paupières tuméfiées ; cornées un peu érodées superficiellement ; le malade ne peut écarter les paupières, tant elles sont bridées par les fausses membranes ; douleurs intenses.

Le 19, on enlève les fausses membranes à l'aide des pinces ; lavages fréquents.

Le 22, les granulations se résorbent un peu ; les cornées se dégagent ; l'ophtalmie est à peu près guérie à droite ; douleurs presque nulles.

Le 26, érosion à la cornée gauche ; granulations à peine modifiées ; on en excise péniblement quelques-unes.

Le 6 février, granulations imperceptibles à l'œil droit ; quelques adhérences dans le cul-de-sac inférieur ; œil gauche, ulcérations sur la cornée, granulations dans le même état. — Nouvelle application du jequirity (solution à deux tiers pour cent) ; quatre badigeonnages amènent une ophtalmie très forte ; purulence considérable aux deux yeux, surtout à l'œil gauche ; fausse membrane très épaisse ; lavages fréquents à l'eau tiède et séjour dans une chambre obscure.

Le 12 février, le malade va beaucoup mieux ; on enlève une fausse membrane épaisse et non adhérente ; les paupières sont

très sensiblement dégonflées ; les granulations tendent à disparaître.

Le 16, le travail de résorption continue.

Le 23, œil gauche douloureux, larmoyant ; granulations semblent reparaître ; œil droit, guérison complète.

29 avril. — Le malade va beaucoup mieux que ne le faisait espérer l'état de l'œil gauche, le 23 février ; les granulations de cet œil ont presque entièrement disparu ; les paupières sont largement écartées ; la vue est aussi bonne que le permettent les taies anciennes de la cornée.

Le 6 juillet, la guérison s'est affermie ; le malade est excessivement satisfait ; il a, depuis plusieurs mois, repris ses occupations qu'il n'a pas interrompues jusqu'à ce jour.

Cette observation très complète est une des preuves incontestables de l'effet durable du jequirity, et de sa supériorité sur les autres traitements.

Chez notre malade, deux solutions ont été employées ; la première, à un pour cent, a produit une violente inflammation que nous devons attribuer à la constitution du sujet et à l'état de ses yeux. — Les tempéraments scrofuleux, en effet, nous ont paru être plus impressionnés par le jequirity que les tempéraments sans tare organique.

OBS XI

Célestine Durand, 5 ans, aux Sept-Deniers, à Toulouse, présente des granulations abondantes sur les deux conjonctives palpébrales ; après plusieurs mois de soins sans résultat, le jequirity est appliqué le 7 février ; la solution employée était de un et demi pour cent de graines non décortiquées.

Quatre lotions ont suffi pour provoquer une ophtalmie très forte avec gonflement considérable des paupières, purulence très abondante et fausse membrane épaisse.

Le 12, la petite malade va mieux, la fausse membrane est toujours très adhérente, surtout dans les culs-de-sac ; impossible de voir les cornées, à cause de l'indocilité du sujet.

Le 19, l'ophtalmie est guérie ; l'œil droit, que l'enfant n'ouvrait pas du tout avant l'application du jequirity, est largement ouvert et la mère est fort satisfaite ; granulations à peine visibles, excellent résultat ; pour l'affermir, peut-être faudra-t-il faire une deuxième application.

La malade est restée guérie, car, en raison de l'amélioration très grande déjà obtenue, sa famille, bien prévenue, n'aurait montré aucune hésitation à venir réclamer de nouveau l'emploi du même moyen.

OBS. XII

Lussac Jean, 24 ans, soldat au 23e d'artillerie, à Toulouse, bonne constitution, est atteint de granulations très grosses sur les deux conjonctives palpébrales, et d'une ulcération centrale et profonde sur la cornée droite.

M. le Dr Flament, médecin-major de première classe à l'Hôpital militaire, témoin de l'amélioration obtenue chez quelques malades par l'emploi du jequirity, demande que nous voulions bien expérimenter le nouveau remède sur ce sujet, qui a déjà subi sans résultat des traitements divers.

Le jequirity, solution de graines décortiquées à 2/3 °/₀ est appliqué trois fois, les 7 et 8 février ; chémosis très fort à l'œil gauche, fausse membrane très adhérente à l'œil droit.

Le 8 au soir, les paupières sont si tuméfiées, qu'il est absolument impossible même de les entr'ouvrir, le pus coule abondamment, l'ophtalmie est complète, le malade souffre beaucoup.

Le 16, il se présente à la clinique et dit éprouver une amélioration notable ; toutefois les granulations ainsi que l'ulcération droite sont dans le même état, la suppuration a presque cessé.

Le 23, le malade ne souffre pas, ses paupières sont bien ouvertes, il dit toujours aller mieux ; cependant ses granulations paraissent à peu près dans le même état, la conjonctive ne suppure pas.

Deuxième application. — Le 26, solution 1/2 °/₀ ; après le quatrième badigeonnage, on cesse l'emploi du remède à cause du gonflement des paupières, qui est cependant moins fort que la première fois, les douleurs sont moins vives ; chambre obscure, lavages fréquents.

Le 5 mars, les granulations sont en voie de régression manifeste, amélioration sensible.

Le 12, même état.

Troisième application, le 13 ; excellent effet ; le malade sent ses paupières comme dégagées.

Le 9 avril, les granulations sont en très bonne voie de résorption, l'ulcère central a bien diminué ; le malade ne souffre plus et ouvre largement les yeux ; il part en congé de convalescence de trois mois.

Revu à son retour au régiment, le 13 juillet, son état est très satisfaisant ; l'ulcère central droit n'a laissé qu'une cicatrice à peine perceptible, et les granulations qui encombraient les conjonctives palpébrales ont disparu ; on en voit, tout à fait au fond des culs-de-sac, deux ou trois groupes que nous nous proposons d'attaquer de nouveau si le malade s'en plaint.

A cause du gonflement considérable des paupières de ce sujet et du chémosis qui se produisait rapidement après deux ou trois applications jequiritiques, le remède n'a pu, arriver peut-être jusqu'au fond des culs-de-sac ; ce malade doit être considéré comme amélioré, mais non comme tout à fait guéri.

OBS. XIII

Mlle Antoinette Viadieu, 21 ans, repasseuse, rue Montaudran, à Toulouse ; tempérament scrofuleux ; se présente à la clinique le 12 février 1883. A ce moment, nous constatons à l'œil droit une perforation de la cornée très ancienne, remontant à l'âge de sept ans, avec synéchies antérieures ; à l'œil gauche, petites ulcérations avec infiltration purulente, pannus léger, conjonctives absolument envahies par des granulations larges et peu saillantes, ayant absolument toutes les apparences du trachome.

On emploie le jequirity, solution à deux tiers pour cent, et trois applications provoquent une très violente ophtalmie avec fièvre intense, gonflement de la face et douleurs très vives.

Le 23 fevrier, grande amélioration ; les granulations sont en voie de régression.

Nouvelle application, le 26, avec une solution à un demi pour cent ; trois badigeonnages ont suffi pour provoquer une très forte ophtalmie ; séjour dans une chambre obscure, lavages fréquents.

5 mars, les granulations sont en parfaite voie de régression, l'état est absolument satisfaisant, le pannus a à peu près disparu, les cornées sont bien éclaircies.

9 mars, état très bon, pas de douleurs.

Revue le 10 juillet, cette malade est complètement débarrassée de ses granulations, ses cornées sont très nettes, et elle dit avoir repris son travail depuis le 12 mars, sans cesser un jour, alors que depuis plus d'un an elle avait été contrainte de le quitter très souvent à cause du mauvais état de sa vision.

Cette observation nous montre un cas de trachome guéri par le jequirity, et nous prouve que la guérison peut durer longtemps, peut-être toujours ; avec les autres moyens, on obtenait un peu de calme dans l'état aigu, mais la tendance aux récidives persistait ; on n'était jamais sûr du succès ; d'ailleurs, il fallait des soins très longtemps continués, tandis que le jequirity guérit le malade dans six semaines au plus ; l'amélioration ne durât-elle qu'un an, ce remède devrait être employé de préférence à tous les autres.

OBS XIV

Ponsolle Pierre, 30 ans, marchand à Oust (Ariège), a séjourné quatre mois en Espagne, il y a quatre ans ; depuis cette époque, il a des granulations pour lesquelles il a reçu des soins à l'hôpital militaire de Toulouse.

Il vient, le 5 mars, à la clinique avec des granulations très abondantes, et aux deux cornées un pannus léger, avec un assez fort ulcère.

Cinq badigeonnages à un demi pour cent de la solution jequiritique ont suffi pour provoquer l'ophtalmie ordinaire avec sa violence habituelle.

9 mars. — L'état s'améliore déjà ; on voit un reste de fausse

membrane dans les culs-de-sac ; les granulations paraissent se résorber ; le malade se trouve assez bien.

12 mars. — L'œil gauche est très hyperhémié, l'ulcère est toujours le même, le pannus est assez fort, l'œil droit va beaucoup mieux, les granulations se résorbent.

26 mars. — L'amélioration s'est maintenue à l'œil droit ; l'œil gauche a conservé encore ses granulations.

On fait cinq nouveaux attouchements qui produisent un bon résultat.

30 Avril. — Le malade revient pour se faire appliquer le remède une troisième fois ; les granulations sont à peu près résorbées ; les pannus sont à peine visibles, et les ulcères très sensiblement diminués. Trois applications au centième ont suffi pour provoquer l'ophtalmie jequiritique.

8 mai. — La guérison se complète chaque jour ; tout porte à croire qu'elle sera enfin définitive.

OBS. XV

Combes Philippe, 11 ans, hôpital de la Grave, à Toulouse, a eu la petite vérole en 1879, d'où cicatrices vicieuses, perte des cils, irritation permanente des conjonctives ; tempérament absolument scrofuleux ; granulations aux deux yeux ; rien sur les cornées.

13 et 14 mars. — On applique six fois le jequirity ; l'amélioration obtenue est manifeste, tout en étant amoindrie par l'état externe des paupières. A la fin du mois, deuxième série d'applications amenant un résultat moins favorable que nous le désirerions.

Le 15 avril, une troisième application nous donne une amélioration très sensible ; les granulations se résorbent et le malade ouvre bien les yeux.

Le 10 juillet, l'amélioration s'est maintenue ; les granulations n'existent plus, et les yeux sont bien ouverts, mais on ne peut redonner des cils à des paupières que la variole a ravagées.

OBS. XVI

Pibou Baptiste, 30 ans, maître plâtrier, à Béziers (Hérault), se présente à la clinique le 29 mars avec des granulations à l'œil gauche, accompagnées d'un pannus très intense et d'un ulcère

central très profond ; six applications à un centième amènent l'ophtalmie habituelle.

6 avril. — Ulcère moins profond, pannus déjà en partie disparu ; quelques jours après, le malade part très satisfait.

OBS. XVII

Mlle Hortense Henriq, 17 ans, habite Clairac (Pyrénées-Orientales) ; tempérament scrofuleux ; souffre des yeux depuis trois ans ; elle a été traitée, pendant ce temps, dans son pays par le nitrate d'argent, la pommade jaune et le sulfate de cuivre, avec des améliorations passagères.

21 juin. — Elle présente à l'œil droit un pannus léger complet ; la vision est réduite de moitié ; à l'œil gauche, pannus assez épais pour empêcher tout à fait la vision ; granulations absolument sèches en îlots grisâtres séparés par de légères traînées cicatricielles sur le tarse supérieur, se dirigeant vers le cul-de-sac. Diagnostic de trachome bien net.

Le jequirity appliqué à un centième provoque, après sept badigeonnages, une ophtalmie très violente ; le gonflement des paupières est considérabe.

29 juin. — L'ophtalmie est en voie de guérison.

2 juillet. — Excellent résultat, amélioration très notable.

10 juillet. — Nouvelle série d'applications ; dès la deuxième, il se produit un gonflement tel, qu'il n'est plus possible de retourner les paupières pour continuer le remède. Pendant plusieurs jours la rigidité des tissus empêche de voir ce qui se passe du côté de la cornée. La malade fait des lotions avec la solution borique, et l'ophtalmie décroît graduellement sans qu'il existe de complications.

Elle part le 18, offrant les mêmes apparences favorables qu'ont présenté les malades actuellement guéris.

Cette observation, évidemment incomplète faute de temps, peut au moins servir à prouver que, si l'on ne commet pas l'imprudence de continuer les applications du remède, quand le gonflement devient très fort, la cornée ne court aucun risque malgré les apparences fâcheuses que semble prendre l'ophtalmie provoquée.

OBS. XVIII

Courtade Jean, 25 ans, marbrier, à Bagnères-de-Bigorre, souffre des yeux depuis près de deux ans ; a été traité de différentes manières sans résultat bien avantageux ; granulations à l'œil gauche ; paupière supérieure, pannus assez fort, vision très mauvaise ; rien à l'œil droit.

Première série d'applications le 6 juillet, avec la solution au centième. Après quatre lotions, il a fallu cesser l'emploi du remède, parce que, à cause du gonflement, on ne pouvait retourner les paupières.

23. — L'ophtalmie factice est à peu près guérie ; ce qu'il y a de plus frappant dans ce cas, c'est la diminution tout à fait évidente du pannus ; les granulations ont également diminué beaucoup de volume ; la vision redevient bonne ; le malade constate lui-même une grande amélioration ; il est cependant jugé prudent de faire une nouvelle série d'applications.

Cette observation reste, comme la XVII[e] et la XIX[e], incomplète ; elle prouve seulement les heureux effets immédiats du remède sur le pannus.

OBS. XIX

Mlle Cassagne Jeanne, 20 ans, habite Lévignac (Haute-Garonne) ; granulations à l'œil gauche, datant de trois années ; pannus sillonné de vaisseaux volumineux.

10 juillet. — On applique le jequirity avec une solution à un centième. Même résultat que le précédent et effets identiques.

DEUXIÈME SÉRIE

Observations de granulations papillaires traitées par le jequirity.

OBS. XX

Prosper Comminges, 35 ans, commune de Rouède, canton de Saint-Lys, marchand de bestiaux, se présente à la clinique le 4 décembre 1882 ; ses conjonctives présentent l'aspect velouté et fortement vascularisé de l'hypertrophie papillaire : les culs-de-sac

inférieurs sont constamment baignés d'une suppuration abondante ; faute d'expérience sur les effets du jequirity dans des cas semblables, nous en décidons l'application chez ce malade, qui ne présente aucune lésion cornéenne.

Quatre badigeonnages avec une solution à deux tiers pour cent ont suffi pour provoquer une ophtalmie très intense ; il s'est produit à la partie supérieure de la cornée une sorte de pannus ; la couenne purulente va directement de la conjonctive pré-palpébrale jusqu'au globe oculaire, ayant de la tendance à combler le cul-de-sac ; les paupières sont très gonflées ; chémosis violent; écoulement séro-purulent abondant.

8 décembre. — La cornée de l'œil gauche n'est plus vascularisée; celle de l'œil droit l'est toujours.

8 janvier 1883. — La cornée est indemne, mais la suppuration a continué jusqu'à ce jour, on essaie une nouvelle série d'applications qui provoquent une ophtalmie très forte ; pus abondant ; chémosis ; rien sur les cornées.

24 janvier. — Le malade revient dans un état pire ; il existe une ulcération sur la cornée gauche légèrement infiltrée de pus.

En présence de l'insuccès du nouveau remède, ce malade est traité par le nitrate d'argent et des scarifications sous l'influence desquelles une amélioration très notable se produit.

Notre attention est déjà éveillée sur l'impuissance du jequirity dans les cas où les granulations s'accompagnent de suppuration très abondante et ne présentent pas les apparences bien caractérisées de la forme néoplasique.

OBS. XXI

Sentenac, 36 ans, négociant en bestiaux à Couffolens (Ariège), souffre depuis cinq mois ; il a les conjonctives couvertes de granulations papillaires avec une suppuration légère ; rien d'ailleurs sur les cornées ; malgré nos appréhensions, nous appliquons, le 29 avril, deux badigeonnages de jequirity avec une solution faible à un demi pour cent, qui nous donnent une ophtalmie excessivement violente, un chémosis très fort et des douleurs intenses.

4 mai. — L'ophtalmie n'est pas guérie.

15 mai. — La suppuration n'est pas tarie et nous fait bien voir que le jequirity est d'un emploi dangereux chez ce malade.

On fait alors des scarifications donnant beaucoup de sang, ce qui justifie notre diagnostic de granulations papillaires ; on applique du nitrate d'argent en solutions au soixantième et un collyre de sulfate de cuivre avec glycérine au quinzième ; tous ces moyens ont admirablement guéri le malade.

22 juin. — La guérison s'est bien maintenue.

Cette fois nous sommes tout à fait convaincu : le jequirity est non-seulement impuissant, mais dangereux dans les hypertrophies papillaires ; aussi nous nous décidons à ne plus l'employer dans ces cas.

Ces deux insuccès doivent-ils faire rejeter le jequirity de la thérapeutique oculaire ? non, certes ; les moyens dont nous disposons pour combattre les fausses granulations sont excellents, il n'en est pas de même pour le trachome, qui résiste si longtemps à tous les traitements.

Nous avons réuni les deux observations qui précèdent pour la facilité de la lecture et pour justifier aussi une de nos conclusions, à savoir que la présence de granulations fausses sur les conjonctives est une contre-indication formelle de l'emploi du jequirity.

TROISIÈME SÉRIE

Observations de granuleux affligés de larmoiement.

OBS. XXII

Joséphine Ribaut, 30 ans, à la Cité-Ouvrière, Toulouse, souffre de granulations depuis deux ans ; dacryocystite depuis six ans ; vient à la clinique le 27 octobre 1882 ; elle a été traitée au nitrate d'argent irrégulièrement ; quand nous la voyons, nous constatons des granulations assez fortes, grisâtres sur les conjonctives,

et un larmoiement abondant ; la cornée est un peu érodée et louche ; le cathétérisme des voies lacrymales n'est pas possible, le conduit étant oblitéré à son entrée dans le sac.

Le jequirity (solution à un demi pour cent) est appliqué chez cette malade ; douze badigeonnages sont nécessaires pour provoquer l'ophtalmie habituelle ; pendant l'application du remède, la malade accuse d'assez vives douleurs.

3 novembre. — Cinq jours après, les paupières s'ouvrent déjà bien, les granulations tendent à se résorber.

10 novembre. — L'amélioration est retardée certainement par la dacryocystite.

4 décembre. — On fait une deuxième série d'applications en présence de l'état peu satisfaisant de la malade qui présente une érosion superficielle des cornées ; neuf badigeonnages avec la solution faible produisent une ophtalmie complète, avec fausse membrane épaisse ; pas d'aggravations cornéennes.

11 décembre. — Rien sur les cornées ; la malade accuse une certaine amélioration ; l'inflammation des culs-de-sac est toujours vive.

15 décembre. — Ophtalmie guérie.

18 décembre. — Adhérences dans les culs-de-sac ; douleurs nulles ; le larmoiement donne à cette malade quelques ennuis, et pour nous est la cause du peu d'amélioration obtenue avec notre remède.

OBS. XXIII

Vincent Fontanié, 10 ans, rue Viguerie, Toulouse, vient à la clinique, le 26 mars 1883, avec des granulations aux deux yeux et un ulcère central à l'œil droit ; larmoiement ; les granulations remontent à six ou sept ans ; actuellement le malade peut à peine ouvrir les paupières.

Le jequirity, appliqué six fois, a provoqué une ophtalmie intense.

6 avril. — L'état des yeux est à peu près le même, les granulations persistent, mais la sécrétion qui les accompagne d'ordinaire a disparu ; toujours un peu de larmoiement.

9 avril. — Granulations moins saillantes.

16 avril. — Nouvelle série d'applications avec la solution de un et demi pour cent.

23. — Ophtalmie factice guérie; les granulations paraissent en voie de résorption, on les aperçoit blanches, entourées d'une auréole ecchymotique, ne sont plus saillantes; l'ulcère de l'œil droit, tout en n'étant pas aussi profond, existe toujours.

30. — Le malade va très bien ; les granulations ont à peu près complètement disparu ; vision excellente ; yeux largement ouverts ; ulcère guéri.

6 juin. — Troisième et dernière série d'applications.

18. — Granulations résorbées.

25. — Il reste un léger degré d'inflammation, un peu de larmoiement ; on incise les points lacrymaux inférieurs.

29. — Etat satisfaisant grâce à l'incision ; moins de larmoiement.

Nous considérerions ce malade comme entièrement guéri et le succès comme définitif, si la persistance d'un léger larmoiement ne risquait, de même que chez la précédente malade, de favoriser quelques nouvelles poussées inflammatoires.

Il est probable, en effet, que le trachome envahit aussi les voies lacrymales, et le jequirity n'agissant pas sur lui en ce point, il peut très-bien se faire que la maladie se reproduise par propagation néoplasique ; c'est ainsi, nous semble-t-il, qu'il est possible d'expliquer les résultats obtenus chez nos deux malades. Il nous paraît cependant, comme nous l'avons déjà dit, qu'une large incision des points lacrymaux avec plusieurs séances de cathétérisme préalable, rendraient plus efficace l'action du jequirity chez les trachomateux affligés de larmoiement.

QUATRIÈME SÉRIE

Observations de trachomateux avec ectropion léger.

OBS. XXIV

François Piquemal, 31 ans, vidangeur, à la Croix-de-Pierre, à Toulouse, souffre des yeux depuis plus de dix ans ; marques de scrofule datant de l'enfance ; se présente à la clinique, le 14 janvier 1883 ; renversement notable des paupières inférieures qui ne saurait tarder à se transformer en véritable ectropion ; taies anciennes, ulcérations légères d'origine récente à fond jaunâtre ; une ulcération profonde taillée à pic sur la partie supérieure de la cornée gauche, granulations grisâtres, volumineuses ; les émanations putrides de toute sorte auxquelles s'expose journellement ce malade entretiennent chez lui, depuis plus de dix mois, un état d'irritation continuelle.

Le 15 janvier, trois applications de jequirity (solution à un pour cent) ont suffi pour produire une ophtalmie des plus violentes ; chémosis ; fausse membrane très épaisse modérément adhérente, arrivant presque sur les cornées ; brides pseudo-membraneuses ; cornées vascularisées.

19. — On enlève avec les pinces une partie des fausses membranes ; les paupières sont considérablement tuméfiées, le malade accuse de vives souffrances ; lavages fréquents, chambre obscure.

22. — Les cornées deviennent plus transparentes, les granulations se résorbent manifestement, l'ophtalmie a bien diminué.

23. — Le renversement des paupières disparaît chaque jour sous l'influence de la rétraction légèrement cicatricielle de la conjonctive du cul-de-sac inférieur.

26. — Les adhérences jequiritiques persistent.

5 février. — Granulations résorbées ; cornées plus transparentes ; paupières redressées.

Ce malade a été revu depuis cette époque un certain nombre de fois, et la guérison, loin de se démentir, s'accentue chaque jour davantage par l'éclaircissement graduel des opacités cornéennes.

Notons pourtant qu'il a bien voulu nous faire la concession de

choisir une profession plus en rapport avec le mauvais état de sa santé.

OBS. XXV

Vve Peyrat, 35 ans, chapelière, place intérieure Saint-Cyprien, à Toulouse; pannus aux deux yeux; ectropion léger ; granulations tenaces remontant à sept ans.

Le jequirity est appliqué huit fois, les 2, 3 et 4 avril 1883 ; effet habituel.

9 avril.— L'ophtalmie jequiritique est à peu près guérie ; encore un peu de fausse membrane à la paupière inférieure ; les granulations sont en voie de résorption ; la cornée n'est plus vascularisée ; en somme état satisfaisant.

16 avril.— Granulations non encore résorbées ; pannus à petits vaisseaux très fins ; amélioration sensible accusée par la malade.

30 avril. – Le léger ectropion a disparu ; les granulations sont en très bonne voie de résorption ; pannus à peine perceptible ; excellent résultat, qui doit s'être maintenu, car la malade n'est pas revenue.

Ces deux observations montrent l'heureux effet des brides cicatricielles que le jequirity provoque souvent dans les culs-de-sac conjonctivaux. Nous avons parlé déjà du bien que l'on pourrait en retirer dans le traitement des ectropions légers séniles, nous n'y reviendrons pas.

Nous aurions encore plusieurs observations à rapporter ; mais les malades qui en font l'objet sont actuellement en cours de traitement, et, pour ce motif, il nous est impossible de parler du résultat qui n'a encore rien de définitif.

On nous fera peut-être remarquer que le nombre de nos observations n'est pas grand, mais nous croyons que celles que nous avons rapportées méritent une considération sérieuse, car nous avons revu une grande partie de nos malades, que nous avons observés avec le plus grand soin pendant toute la durée de leur traitement, et nous aimons mieux publier

seulement un petit nombre de cas bien notés que de donner l'histoire incomplète d'une longue série de malades.

En résumé, nos observations peuvent être classées dans l'ordre suivant :

Sur vingt-cinq malades traités par le jequirity, nous comptons :

Dix résultats très satisfaisants ;

Trois améliorations notables constatées ;

Six améliorations qu'on ne peut certifier comme ayant été durables, les malades n'étant pas revenus ;

Trois malades améliorés, mais en cours d'observation.

Trois insuccès.

Les insuccès se rattachent à deux malades à fausses granulations et à un trachomateux atteint de larmoiement ; tous les résultats satisfaisants et toutes les améliorations ont été obtenus chez des trachomateux.

Sept de ces malades étaient atteints de pannus sarcomateux et trois d'entre eux étaient dans l'impossibilité de se diriger seuls.

Six avaient des pannus légers ;

Trois, des ulcères de la cornée ;

Trois, pas de complications cornéennes ;

Deux, un renversement léger des paupières, accompagnant chez l'un une ulcération profonde et chez l'autre un pannus intense.

Nous avions depuis quelques jours terminé notre travail, lorsque nous avons reçu de M. le Professeur Badal des observations de granuleux traités par le jequirity à la clinique ophtalmologique de la Faculté de Médecine de Bordeaux.

Nous avons nous-même commencé l'expérimentation sur quatre malades que M. Badal a mis très gracieusement à notre disposition ; le traitement a été continué après notre départ de Bordeaux, et M. Auché, interne du service de M. le Professeur Badal, a bien voulu continuer la rédaction de nos observations.

Le savant professeur a eu l'idée d'expérimenter en même temps un autre moyen de provoquer une ophtalmie croupale ; il a essayé, dans ce but, une solution éthérée et aqueuse de cantharidine ; quatre malades traités par ce remède font l'objet des observations que M. Badal nous a prié d'ajouter aux observations de granuleux traités par le jequirity. Nous accédons d'autant plus volontiers à ce désir, que notre travail n'en aura que plus de valeur.

Voici ces observations :

Observations de granuleux jequiritiés.

OBS. I

Jean-Baptiste Galand, comptable, âgé de 25 ans, entre à la clinique ophtalmologique de M. le professeur Badal, le 31 mars 1883, atteint d'une ophtalmie granuleuse double, avec pannus à droite. La maladie, qui, prétend-il, ne remonte qu'à deux ans, paraît avoir débuté par un *état catarrhal aigu* ; blépharite chronique. A son entrée à l'hôpital, le malade ne lit d'aucun œil. Pendant deux mois, cautérisation au sulfate de cuivre ; l'état s'améliore ; néan-

moins, comme l'état granuleux persiste, on essaie le traitement par le jequirity.

21 mai. — Quatre applications provoquent une inflammation vive avec tuméfactions des paupières, ophtalmie à forme croupale, écoulement séro-purulent abondant. Exsudat léger et peu adhérent.

L'état inflammatoire diminue lentement, après dix jours. Amélioration notable à l'œil gauche; sensation de frottement disparue; œil droit, kératite ulcéreuse faisant craindre une perforation ; injection vive, larmoiement; photophobie excessive, les ulcères s'agrandissent, se rejoignent, et nécessitent le 6 juin l'incision de Sæmisch ; le 12 juin, amélioration de l'état de l'œil droit.

Le 15 juin, nouvelle application de jequirity, même effet que la première; cependant pas de menaces de perforation à droite. le malade dit se trouver un peu mieux, pas de frottements. Les jours suivants l'état s'améliore sensiblement. Revu le 18 juillet, ce malade est débarrassé de ses granulations, il est vrai que M. Badal a continué à le soigner avec le sulfate de cuivre, qui, pour lui, dans ce cas aurait donné un aussi bon résultat que le jequirity.

OBS. II

Emile Meynard, 43 ans, fabricant de caisses, entre à la clinique le 16 avril, avec une ophtalmie granuleuse double à *forme mixte*, pannus épais. La maladie, remontant à trois ans, a débuté par une ophtalmie granuleuse aiguë, communiquée par sa femme, granuleuse depuis son enfance.

Traité pendant plus d'un an, en 1881-82, à la consultation par le sulfate de cuivre, l'extrait de saturne, les douches, etc.

Malgré tout, l'état granuleux s'accentue, et un pannus très épais se développe amenant une cécité complète.

Entre une première fois à l'hôpital, en septembre 1881; cantho-plastie suivie, quelques semaines après, d'une large péritomie de chaque côté; amélioration très notable ; la cornée reprend sa transparence, le malade peut lire et il quitte l'hôpital en mars 1882.

Un an se passe sans complications ; mais en avril 1883, nouvelle

poussée très aiguë, le malade rentre de nouveau à l'hôpital; il est à peu près aveugle ; pannus très épais.

Pendant six semaines, traitement au sulfate de cuivre amenant une légère amélioration.

21 mai, emploi du jequirity ; trois lotions provoquent l'effet ordinaire : tuméfaction des paupières, exsudat fibrineux, larmoiement, sécrétion séreuse, etc.

Œil gauche, les symptômes inflammatoires s'éteignent à peu près complètement vers le sixième jour ; disparition de la sensation de frottement.

Œil droit, l'état inflammatoire persiste très aigu ; les jours suivants, il s'aggrave encore ; névralgies péri-orbitaires ; mouche à la tempe.

17 juin, les accidents s'apaisent, mais le pannus persiste.

Le 12 juin, trois nouvelles lotions de jequirity sont faites ; œil gauche, même effet que les premières ; le malade se trouve mieux, la sensation de frottement a complètement disparu.

Les jours suivants, amélioration lente mais progressive.

Revu le 17 juillet, ce malade n'a pas de granulations sur ses conjonctives, qui, depuis longtemps, sont transformées en tissu cicatriciel; son œil droit a toujours son pannus.

M. le professeur Badal exprime au sujet de ce malade la même opinion que pour le premier.

OBS. III

Mme Eulalie Laborde, 24 ans, piqueuse de bottines, entre à l'hôpital, le 15 mai, avec une conjonctivite granuleuse double, tissu cicatriciel ; elle a très peu de granulations; déformation des cartilages tarses ; trichiasis plus prononcé, à gauche ; pannus léger, à droite ; œil gauche, hératite graisseuse centrale, masquant les deux tiers supérieurs de la pupille.

Traitée 18 mois à la consultation par le sulfate de cuivre, se trouvait améliorée, pouvait travailler.

21 et 22 mai, quatre badigeonnages de jequirity (solution un demi pour cent) à l'œil gauche. Effets habituels très intenses, amélioration sensible, mais qui se fait attendre. Quelques jours après,

la malade demande qu'on traite aussi l'œil droit, qu'elle n'avait pas voulu laisser soigner dès le principe.

Le 2 juin, deuxième application de solution caustique, mais cette fois de cantharidine à l'œil droit. (Solution dans l'éther acétique au centième). Effets à peu près semblables à ceux produits par le jequirity.

Pas d'amélioration notable tout d'abord ; finalement même résultat qu'avec le jequirity. Revue le 17 juillet, cette malade ne présente plus de granulations, toutefois, la vision est moins bonne à droite par suite de l'existence d'une kératite graisseuse ancienne.

OBS. IV

Batmala Félix, charretier, âgé de 31 ans, entre à l'hôpital le 8 mars, avec un trachome double et un pannus, surtout prononcé à droite.

Le début de son affection remonte à quatre ans.

Déjà traité à l'hôpital en 1882, il en était sorti très amélioré.

Lorsqu'il rentre de nouveau, il ne compte plus les doigts, à droite, et de l'œil gauche, il voit seulement pour se diriger ; tissu cicatriciel, granulations épaisses ; traité par le sulfate de cuivre, il se trouve amélioré à gauche. Le pannus persistant à droite, M. Badal fait une péritomie fin mars. Amélioration lente.

Le 21 mai, M. Bernard fait l'application du jequirity de chaque côté. Inflammation relativement modérée ; amélioration sensible ; les frottements ont disparu ; la vision est plus nette, il reste un peu de larmoiement.

Le 12 juin, nouvelle application de jequirity à droite, application de cantharidine à gauche (solution aqueuse au centième) (1), les effets sont les mêmes des deux côtés ; le malade dit se trouver mieux, plus de frottements ; l'aspect des deux yeux est le même.

De ces quatre observations il ressort pour nous clairement que le jequirity a donné d'assez bons résultats chez deux

(1) La cantharidine, à peu près insoluble dans l'eau, ne peut être employée en solution aqueuse qu'avec le secours de la glycérine.

de nos malades, obs. III et IV ; chez les deux autres il y a eu une amélioration sensible à un œil et des accidents à l'autre, ayant nécessité l'opération de Sæmisch.

Toutefois, d'après les notes recueillies à la clinique, le malade de l'obs. I paraissait avoir des granulations succédant à un état catarrhal aigu primitif, et nous savons que c'est ainsi que commencent à se produire les hypertrophies papillaires.

Qu'il y ait eu du trachome, nous ne le nions pas ; mais ce malade présentait pour nous un état mixte, et si les accidents se sont produits d'un côté, nous devons peut-être l'attribuer à cela. Pourquoi de l'autre côté les accidents n'ont pas été analogues? Il y a certainement là un point obscur à élucider.

Observations de granulations traitées à l'hôpital de Bordeaux par la cantharidine, rédigées par M. Auché, interne à la clinique ophtalmologique.

OBS. I

Mlle Prades Marie, marchande ambulante, âgée de 23 ans, se présente à la clinique avec un trachome ancien de chaque côté, tissu cicatriciel ; épaississement des paupières, blepharite chronique ; staphilome total plus prononcé à gauche ; à droite pannus crassus ; canthoplastie il y a trois mois.

Œil gauche compte les doigt à un mètre.

Œil droit ne les compte à aucune distance.

Le 28 et le 29, deux badigeonnages de teinture éthérée de cantharidine à vingt quatre heures d'intervalle ; effets oculaires pareils à ceux du jequirity, mais vésication de la face cutanée des paupières.

Au bout de 8 jours, l'action du médicament est à peu près complètement épuisée ; la malade déclare que sa vue s'est sensiblement améliorée à gauche, et que la sensation de graviers a diminué ; toutefois l'aspect de l'œil est le même.

11 et 12 juin, trois badigeonnages de jequirity à droite.

A gauche, deux badigeonnages de solution aqueuse de cantharidine au centième; mêmes effets des deux côtés; un peu plus intenses à droite. Après la disparition de l'inflammation, la malade dit se trouver mieux; un peu moins de frottement; amélioration légère de l'acuité à gauche.

OBS. II.

Mme Frèche Pauline, lingère, 38 ans, est atteinte depuis 18 mois d'une conjonctivite granuleuse hypertrophique double avec pannus léger des deux côtés; sécrétion à peine marquée; cornée conique à gauche avec petit leucome au sommet.

29 mai. Lotions avec solution aqueuse de cantharidine au centième; effets habituels; gonflement des paupières, exsudat, larmoiement, sécrétion séreuse.

9 juin. Les accidents aigus ont disparu, la madade dit se trouver mieux; moins de frottements, mois de photophobie.

12. Nouveaux badigeonnages avec solution de cantharidine à droite et jequirity à gauche; mêmes effets des deux côtés.

21. L'exsudat a disparu; quelques points d'infiltration de chaque côté; la malade ne voit plus à se conduire, entre à l'hôpital.

L'état s'améliore peu à peu, atropine, compresses chaudes, insomnie persistante, le sujet voit très mal.

Depuis lors, l'état de la malade s'améliore progressivement, mais il est certain qu'elle n'a retiré aucun bénéfice de ce traitement, au contraire.

OBS. III

Frange Andrieu, serrurier, 43 ans, entre le 10 juin à l'hôpital Saint-André, avec une conjonctivite granuleuse à forme mixte, remontant à un an; pannus léger des deux côtés, photophobie; ne sait pas lire.

13 juin. Applications de jequirity à droite, de cantharidine à gauche (solution aqueuse au centième). Deux lotions dans la même journée le lendemain, nouvelle lotion de jequirity à droite; pas de nouvelle application de cantharidine, à cause de l'œdème considérable produit par les deux premiers badigeonnages; cet œdème excepté, les effets sont les mêmes des deux côtés.

Dès le 22 juin, les douleurs commencent à se calmer, et le malade dit se trouver mieux qu'avant ce traitement; les jours suivants, il va de mieux en mieux; sa vision s'est beaucoup améliorée.

30 juin, tout accident inflammatoire a cessé; depuis lors, amélioration progressive.

OBS. IV

Mlle Amanda Griset, 15 ans, est traitée à la consultation, depuis dix-huit mois, pour une ophtalmie granuleuse double à forme hypertrophique, remontant à six ou sept ans; granulations très saillantes, boursouflement des paupières, pannus des deux côtés avec état staphylomateux plus prononcé à gauche Abrasion des granulations les plus volumineuses, il y a un mois.

29 mai, on fait des deux côtés une seule application de cantharidine en solution éthérée au centième.

Le lendemain, gonflement considérable des paupières et de la partie supérieure de la face, exsudat fibrineux à la surface de la conjonctive; sécrétion séreuse abondante; douleurs très vives.

Les accidents inflammatoires disparaissent peu à peu dans l'espace de huit jours: l'amélioration est progressive, et, le 18 juin, la malade se trouve beaucoup mieux qu'avant l'emploi de ce médicament; les frottements ont presque complètement disparu; la vue s'est beaucoup améliorée; à gauche le pannus a disparu en grande partie; à droite l'amélioration est moins sensible. Néanmoins des deux côtés les granulations sont relativement saillantes sur les conjonctives.

Les 19 et 20 juin, deux nouvelles applications de cantharidine, en solution aqueuse au centième; effets identiques aux précédents.

Le 28, l'état inflammatoire a cessé, et, le 2 juillet, la malade se trouve beaucoup mieux; sa vue se serait sensiblement améliorée; le pannus a diminué; la sensation de frottement a disparu; toutefois l'aspect des granulations est resté à peu près le même.

20 juillet, l'état des yeux s'est sensiblement amélioré; le pannus a disparu, la malade est enchantée du résultat obtenu.

Telles sont les observations que M. Badal nous a communiquées, en les faisant suivre d'une note dans laquelle il nous dit que, pour lui, « l'action du jequirity n'a rien de spécifique ; que d'autres médicaments peuvent produire des effets semblables. La cantharidine, en particulier, détermine une conjonctivite croupale dont l'aspect est identiquement le même que celui de l'ophtalmie jequiritique ; chez le même malade traité d'un côté par la cantharidine, de l'autre par le jequirity, il est impossible de faire la distinction. Au point de vue thérapeutique, mêmes résultats également.

« Il faut avoir grand soin quand on emploie la solution éthérée de cantharidine (éther acétique au centième), de ne pas toucher, avec le pinceau, la face cutanée des paupières, ce qui détermine une vésication extrêmement douloureuse. A ce point de vue, la solution aqueuse est préférable ; à la dose de un centième, elle produit les mêmes effets que la macération de jequirity. Le seul inconvénient, c'est que la cantharidine est presque insoluble dans l'eau ; le pharmacien de l'hôpital n'a pu nous donner qu'une sorte d'émulsion obtenue à l'aide de la glycérine. »

Nous n'avons pas de peine à admettre que la solution de cantharidine provoque une ophtalmie semblable à l'ophtalmie jequiritique, parce que nous l'avons vérifié nous-mêmes ; au point de vue thérapeutique, la question demande à être étudiée. M. le professeur Badal continue son expérimentation, et nous croyons savoir qu'il publiera prochainement un travail sur ce sujet.

Mais nous sommes en désaccord avec le savant professeur, lorsqu'il dit que l'action du jequirity n'est pas supérieure à celle du sulfate de cuivre dans le traitement du trachome ; les faits que nous avons détaillés dans le cours de ce travail

répondent, nous paraît-il, victorieusement à cette objection. Certainement le sulfate de cuivre est un bon remède, et nous avons eu la bonne fortune de voir quelques cas de guérison de trachome par ce moyen; ainsi, nous avons toujours présente à l'esprit une vieille dame, qui était affligée d'un pannus sarcomateux aux deux yeux, avec d'énormes granulations sur les conjonctives, et qui a guéri grâce à des cautérisations au sulfate de cuivre que M. Terson a fait durant plus de dix mois quotidiennement; mais y a-t-il lieu de comparer l'action rapide du jequirity à ces longs traitements, qui, parfois, n'amènent qu'une amélioration passagère? On peut rester un mois en traitement, lorsqu'on n'a pas sous la main un oculiste; mais une année entière, la chose est impraticable.

CONCLUSIONS

Les conclusions de notre étude seront faciles à tirer.

1° Le trachome étant depuis longtemps reconnu comme une maladie contagieuse, il nous semble bon que l'on isole les personnes qui en sont atteintes toutes les fois que la chose est possible et qu'on les soumette à un traitement énergique;

2° Ce traitement est pour nous l'emploi du jéquirity, lequel provoque incontestablement une ophtalmie purulente de forme croupale intense;

3° L'ophtalmie factice ainsi provoquée, guérit dans quelques jours d'elle-même;

4° L'effet du remède peut être mesuré suivant la dose de la solution employée et la durée du traitement.

5° L'ophtalmie provoquée est plus forte chez les sujets scrofuleux que chez les sujets à constitution normale ;

6° Le trachome accompagné de pannus plus ou moins épais, et d'ulcérations plus ou moins profondes, est très souvent guéri avec toutes ses complications par l'emploi du jequirity ;

7° Les granuleux atteints de larmoiement doivent être traités pour cette complication avant d'être soumis au traitement par le jequirity ;

8° L'éversion de la paupière inférieure, qui existe souvent chez les granuleux, disparaît en même temps que les granulations, grâce à la rétraction de la muqueuse provoquée par l'ophtalmie jequiritique ;

9° Les malades atteints de fausses granulations, mieux nommées hypertrophies papillaires ou folliculaires, ne doivent pas être traités par le jequirity ;

10° D'autres substances, telles que la cantharidine, peuvent provoquer une ophtalmie semblable à celle que détermine la solution de jequirity.

TABLE DES MATIÈRES

Pages

Avant-propos. 5

Principaux éléments anatomiques de la conjonctive. 9

Du trachome conjonctival 12

Du jequirity, historique 25

Mode d'emploi et action du jequirity. 34

Obs., série I. — Trachomateux 44

— série II. — Hypertrophies papillaires. 62

— série III. — Granuleux avec larmoiement 64

— série IV. — Granuleux avec ectropion. 67

Obs. de jequirity, clinique de M. le Professeur Badal 70

— de granuleux traités par la cantharidine. 74

Conclusions. 78

Toulouse. Imprimerie Vialelle et Cie, rue Tripière. 9

QUESTIONS DE THÈSE

Anatomie. — Du bulbe.

Physiologie. — Différences qui existent entre le sang veineux et le sang artériel.

Chimie. — Principaux alcaloïdes naturels ; principales amines composées artificielles.

Histoire naturelle. — Reproduction et développement des fougères.

Pathologie externe. — La tumeur blanche du coude.

Phatologie interne. — Rapports du rhumatisme et des névroses.

Pathologie générale. — Différence entre la maladie spontanée et la maladie expérimentale.

Histologie et anatomie générale. — De la lymphe.

Anatomie pathologique. — Leucémie et mélanémie.

Médecine opératoire. — Des différents procédés de désarticulation du genou.

Pharmacologie. — Des teintures éthérées.

Matière médicale. — Des divers quinquinas et de leurs alcaloïdes.

Thérapeutique. — La digitale et la digitaline.

Hygiène. — De la densité et de la raréfaction de l'air dans leurs effets sur l'organisme.

Médecine légale. — Des blessures par arme à feu au point de vue médico-légal.

Accouchements. — Des vices de conformation du bassin.

Vu : le Doyen,
Dr DENUCÉ

Vu : bon à imprimer :
Le président de la thèse,
Dr BADAL

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie,
H. OUVRÉ